

Titolo

Valutazione dei problemi di salute mentale dei detenuti nella Casa Circondariale di Firenze Sollicciano e degli osservandi nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino.

Autori: Rodolfo Tomasi, Gemma Brandi, Mario Iannucci, Rosa Gervasi

Gruppo di Coordinamento della ricerca:

Carlo Biondi
Gemma Brandi
Alessio Dani
Cosimo Giordano
Maurizio Ferrara
Mario Iannucci
Gian Franco Placidi
Paolo Rossi Prodi
Franco Scarpa

Gruppo degli psichiatri ricercatori:

Rosa Gervasi (Coordinatore del Gruppo)
Alfiero Arena
Barbara Bertucci
Laura Cimminiello
Donatella Donati
Alessandro Giffrida
Claudia Montanelli
Raffaella Salmoria
Massimo Scalini
Gianluca Simoni

Elaborazione statistica:

Andrea Zurli

Introduzione

Il carcere è stato adottato come strumento principale di sanzione tra il 18° e il 19° secolo con lo scopo di educare all'onestà i criminali, rappresentando una applicazione dei principi illuministici e dell'utilitarismo. Tale ideologia è entrata in crisi nel momento in cui la ricerca criminologica ha messo in discussione gli effetti riabilitativi del carcere. Le varie politiche trattamentali intramurarie non hanno portato ad alcun risultato positivo, anzi le condizioni in cui sono tenute le carceri portano al fenomeno della desocializzazione dei detenuti (Barbagli M, Colombo A, Savona E, 2003).

Il carcere in Italia come in molti altri Stati è un universo prevalentemente maschile, sovraffollato, che produce stigmatizzazione sociale, aggiunge altri handicap a quelli di cui già la persona incarcerata soffre. E' oggetto di notevoli cambiamenti, contrariamente all'immagine, che ne ha l'opinione pubblica, di un mondo quasi immobile. Da un punto di vista sociologico esso differenzia lo status dei soggetti e nella zona più bassa della scala sociale la sua funzione selezionatrice si trasforma in funzione emarginatrice, perché il sistema delle pene esercita anche una funzione attiva di produzione (e quindi non solo di riproduzione) di disuguaglianza. Riteniamo che Re (2006) descriva in modo pregnante la situazione che le istituzioni di controllo sociale stanno attraversando nella attuale contingenza storica. Re ricorre alla teoria del noto sociologo Zygmunt Bauman sulla società occidentale divisa in due classi, per chiarire la funzione attuale del carcere. Bauman

“ha sostenuto che la relativa omogeneità delle società occidentali si è incrinata e che le grandi differenze economiche e sociali che hanno sempre caratterizzato il rapporto fra la popolazione occidentale e quella dei paesi non occidentali si riscontrano oggi anche all'interno delle società avanzate. Il mondo globale è abitato da una minoranza globalizzata, alla quale la globalizzazione concede nuove immense opportunità, e da una maggioranza di soggetti localizzati sempre meno capaci di scegliere il proprio destino”.

Secondo Re

“queste trasformazioni hanno condotto a una riconfigurazione dei meccanismi di controllo sociale: il controllo sociale contemporaneo non mira più a disciplinare gli individui che non si conformano ai modelli dominanti allo scopo di assimilarli, ma cerca di impedire a questi soggetti di partecipare alla vita collettiva. Il controllo diventa così un “border control”, un controllo dei confini, il cui scopo non è l'integrazione dei devianti, ma la loro esclusione. In questo quadro il carcere non ha più la antica funzione disciplinare studiata da Foucault, ma diviene uno strumento centrale per la definitiva esclusione dalla società di chi non è in grado di accedere ai benefici del mercato. Il controllo degli “esclusi” tende a differenziarsi dal controllo degli “inclusi”, ossia di coloro che avendo accesso al mercato, possono essere controllati attraverso i dispositivi di conformizzazione tipici del modello consumistico”. “La gestione di queste categorie di “esclusi” [tra cui l'autrice elenca afroamericani, stranieri, giovani disoccupati, ecc.] può essere condotta secondo i dogmi della severità penale più arcaica, proprio perché l'ideologia neoliberale non è interessata a manipolare la soggettività di questi individui: una volta tracciato il confine dell'esclusione, la pena può assumere una forma qualsiasi, purché non sia finalizzata a immettere nuovamente nel “gioco” coloro che ne sono usciti”. “Proprio l'adozione di tecnologie punitive prive di radicamento culturale consente che la sfera penale e penitenziaria sia abbandonata agli istinti più primitivi e diventi il campo d'azione d'istanze populiste. L'assenza di una cultura della pena e l'avversione per i saperi complessi quali la psicologia, la sociologia, il diritto, non apre il campo penale alla partecipazione democratica, ma lo rende vulnerabile a strumentalizzazioni di ogni genere, sottraendolo non solo al potere degli esperti, ma anche al giudizio politico. Come mostrano le esperienze dell'“authoritarian populism” reaganiano e thatcheriano - del quale le nuove politiche penali sono state il fiore all'occhiello - il neoliberalismo cerca nel populismo e nella seduzione delle istanze comunitarie uno strumento efficace per imporre le proprie logiche nelle società democratiche, nelle quali rischierebbero altrimenti di levarsi molte opposizioni alle politiche antisociali, che esso promuove”.

Questa rappresentazione sembrerebbe ben adattarsi a quanto sta avvenendo anche in Italia in seguito all'applicazione di principi neoliberali e populistici.

È così che la popolazione detenuta è passata da 26.150 presenti al 31 dicembre 1990, a 53.030 al 31 dicembre 2000, a 59.523 alla fine dell'anno 2005, per superare abbondantemente le 61.000 unità nel 2006; nel frattempo l'applicazione delle misure alternative è passata dalle 6252 unità nel 1990 alle 36.320 nel 2000, alle quasi 50.000 nel 2005. Il numero complessivo di coloro che sono sottoposti a controllo penale è, quindi, quasi triplicato in quindici anni, senza che parallelamente si siano verificati un corrispondente aumento del numero dei reati commessi o una maggiore incisività dell'azione di indagine.

[...]

Avviene così che, a fronte dei più di 61.000 detenuti, gli istituti penitenziari italiani abbiano una capienza regolamentare di 42.959 unità (a questa si associa a volte il dato della capienza ‘tollerabile’, che non ha tuttavia alcun riscontro nelle statistiche internazionali), con conseguenti condizioni di sovraffollamento, e che il numero degli operatori addetti all'area educativa è rimasto invariato negli anni, fino a giungere al rapporto di un educatore per più di 100 detenuti, mentre quello dell'area della sicurezza è aumentato del 130%. La fisionomia del carcere si è sempre più ripiegata verso una struttura di mero, difficile contenimento, vanificando le ipotesi della riforma iniziale [l'ordinamento penitenziario del

1975] che centrava la sua funzione sul trattamento: non esiste ‘trattamento rieducativo’ all’interno di una situazione dove ogni giorno è difficile garantire a tutti i diritti elementari, dalla salute, al posto letto, alla dignità personale.

[...]

A distanza di venti anni dalla legge del 1986 [la cosiddetta legge Gozzini], infatti, il riconoscimento e la tutela effettiva dei diritti dei detenuti sono ancora terreno di continui confronti e ripensamenti, mentre il reinserimento sociale al termine dell’espiazione della pena resta sostanzialmente un obiettivo non raggiunto, con la conseguente scarsa incisività sull’allarmante fenomeno della recidiva. (Palma M, 2006)

Per effetto delle leggi subentrate dopo la Gozzini fino alla ex Cirielli si è configurato un modello di carcere fatto di cerchi concentrici di riduzione progressiva dei benefici, di diversi significati dell’azione punitiva e, nel concreto, di sempre minore riconoscimento dei diritti dei detenuti; un modello che rischia di riservare le finalità espresse dalla legge a un insieme sempre più ristretto di persone, per il suo effetto di trascinamento dell’intero sistema verso una visione reclusoria e meramente punitiva della sanzione penale.

Le misure alternative, destinate nell’intenzione del legislatore ad attenuare la centralità della pena detentiva e diminuirne la consistenza numerica, non hanno nel concreto ridotto la popolazione detenuta, bensì hanno finito con il creare un circuito di esecuzione penale esterna quantitativamente analogo a quello della reclusione, contribuendo a costruire una complessiva area dell’esecuzione penale, interna ed esterna, molto più ampia che non nel passato. Forse si può spiegare questo fenomeno — che è presente un pò in tutti i paesi europei che hanno adottato una simile legislazione — con la considerazione da parte del giudice di cognizione, nella determinazione della misura della sanzione, della possibilità di un futuro accesso ai benefici, che può spingere verso pene più alte. Non solo, ma nella concessione delle misure alternative si è progressivamente andata consolidando una prassi che tende a leggerle non già come tappe di un percorso graduale verso il reinserimento sociale, in linea con l’impostazione correzionalista che le aveva concepite, bensì come attenuazioni dell’afflizione detentiva, discrezionalmente concesse, sulla base dell’adesione del singolo al programma trattamentale e all’istituzione carceraria. Questa diversa connotazione ha accentuato una forma di contrattualismo all’interno dell’esecuzione penale: quasi una pena ‘negoziata’, che amplifica le asimmetrie con cui i soggetti giungono al sistema penale. Disuguali nella società, essi vedono crescere la loro disuguaglianza nelle possibilità di usufruire in processo di un’adeguata difesa e, successivamente, si ritrovano fortemente disuguali nell’esecuzione della pena, perché diverse sono le loro possibilità di accedere alle alternative alla reclusione, essendo diverse le loro capacità contrattuali. Per molti settori di detenuti — in primo luogo per gli stranieri — le alternative sono così solo enunciazioni sulla carta, perché per essi, è molto difficile o impossibile, in concreto, accedervi; al contempo è larga la possibilità di accesso per soggetti socialmente forti o in grado di contare su una solida difesa individuale. Si è così delineato un sistema in cui le misure alternative sono disponibili solo per una parte, pur avendo effetti inflattivi, di aumento della sanzione irrogata, per la totalità; anche cioè per coloro che non accederanno mai a esse. Questo carcere disuguale rappresenta il vero scenario entro cui collocare oggi il discorso sulla pena ed è l’esito di processi culturali e soprattutto normativi che hanno attraversato gli ultimi dieci-quindici anni: la politica proibizionista sulle droghe avviata dai primi anni Novanta e accentuata nel febbraio 2006; l’assenza di un’effettiva inclusione per gli immigrati; l’affermazione di una concezione di tutela della sicurezza che individua nelle forme di microcriminalità urbana il fattore di maggiore pericolo e contribuisce a spostare su di esse le richieste sociali di penalità (Pavarini e Mosconi 2001). Si è così assistito in Italia a un’espansione del sistema penale come strumento principale di gestione delle molte contraddizioni che abitano le nostre società, prima fra tutte l’incapacità di adottare altri strumenti regolativi dei conflitti sociali, quali la mediazione e la promozione di politiche

inclusive. Affidarsi al sistema penale è sempre, del resto, il risultato del fallimento del sistema di regolazioni intermedie, della mancata costruzione di spazi di comunicazione sociale e, quindi, dell'acuirsi della criminalità di strada a cui si risponde con la secca risposta data dal vocabolario della penalità e della detenzione. Il penale rappresenta spesso la visibile testimonianza di altre assenze, sociali e politiche, e l'illusione di garantire effettiva sicurezza attraverso il solo strumento repressivo.

E' quindi da vedere se ed eventualmente per quali fasce di cittadini verranno in futuro adottate le raccomandazioni del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, espresse nel 1999 alla luce dei dati sul sovraffollamento carcerario nei paesi membri (Rec[99]22 www.coe.int), di allargare in misura più ampia possibile i provvedimenti alternativi al carcere (sospensione condizionale della pena, affidamento in prova, sorveglianza intensa, lavoro socialmente utile, l'ordine di trattamento, le restrizioni del movimento con monitoraggio elettronico). In sostanza si tratta di capire se ed eventualmente per quali fasce di cittadini prevarrà l'idea di provare a modificare l'autore di reato per farlo diventare un cittadino obbediente alle leggi al fine di ricomporre il conflitto sociale causato dal reato e quindi risarcire il danno, rispetto ad una ideologia di esclusione.

La logica a cui si sono ispirati gli psichiatri italiani nel loro lavoro territoriale è quella della inclusione e della riabilitazione; negli ultimi decenni i servizi psichiatrici italiani hanno operato intensamente per evitare ai propri utenti la forte esclusione sociale e la stigmatizzazione di cui erano oggetto precedentemente. Questo trend ha portato a risultati notevoli, ma la situazione non può definirsi pienamente soddisfacente. A nostro avviso gli psichiatri italiani hanno ancora una scarsa propensione alla valutazione ed all'approccio EBM e poca attenzione al mondo psichiatrico-forense e penitenziario: Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), carcere, tribunali, sono ambiti di cui gli psichiatri italiani per decenni si sono interessati poco.

Dal 1995 qualcosa si è mosso in Italia, con la fondazione della Società Italiana di Psichiatria Penitenziaria, che ha per prima posto l'accento, con l'autorevolezza teorica che deriva dalla pratica, sulla consistenza dei problemi psicopatologici non soltanto negli OOPPGG, ma anche nelle carceri ordinarie. L'anno successivo vide la luce il periodico *Il reo e il folle*. Gemma Brandi vi scriveva, introducendo il primo numero

“Il reo e il folle è frutto di un concepimento necessario e insieme di un connubio incestuoso, di una passione a fuoco lento e della fretta di concludere, del bisogno di dire e del dovere di fare, dell'aspirazione a una responsabilità sostenibile e del desiderio di non cadere in facili pregiudizi, del proposito di dare voce a esperienze ricche ma mute, e della decisione di non sottoscrivere proteste gridate ma sterili.

Lavorare nelle strutture penitenziarie indica chiaramente allo psichiatra le origini del suo discorso. Quando la giustizia accettò la 'proposta di matrimonio' della medicina, bramosa di curare coloro che la prima puniva, nacque, proprio nei luoghi di pena, la psichiatria, per consentire l'abbandono della pura nemesi sociale, senza rischiare l'indifferenza abulica. *Il reo e il folle* si muove a partire da queste origini, intende anzi essere la creatura di queste ritrovate origini.” (Brandi G, 1996)

Il tentativo era quello di riportare una attenzione intellettuale e scientifica sul carcere e lo stesso Autore segnalava pertanto

“Dal laboratorio estremo delle esperienze sociali che il carcere è, continuano a levarsi segnali cui si presta un ascolto distratto e occasionale. E' tempo di ritrovare, accanto allo storico della umanità sconfitta, che tenta di dare ai "malaimés de l'histoire" un diritto alla storia proprio in virtù dei loro delitti, uomini di cultura che posino il loro sguardo sui reclusori del Duemila non solo per lanciare appelli a favore della civiltà e di una generica libertà, non tanto con l'idea di portarvi la buona novella, bensì con l'umile sapienza di chi riconosce che questa realtà, tuttora ignorata e pertanto culla della ignoranza, ha qualcosa di utile da comunicare all'eterno apprendista.” (Brandi G., 1996)

Era importante, per gli psichiatri penitenziari sconfiggere il pregiudizio circa il potenziale patogeno del carcere a favore della individuazione del carattere strutturale del problema psicopatologico che riguardava un numero crescente di ospiti delle patrie galere:

“Di certo, sempre a proposito di contesto e specificità, ritengo che il disordine psicopatologico che porta e riporta taluni in carcere sia decisamente più serio e significativo, per gravità e incidenza, del disagio causato dalla detenzione.” (Brandi G., 1997)

Altrettanto urgente era una rivalutazione della utilità del lavoro clinico negli istituti di pena rispetto alla attività criminologica, con lo psichiatra che, come osserva Mario Iannucci, è una “figura diversa dall’esperto”, se “la sua opera non si inserisce che marginalmente, o non si inserisce affatto, all’interno delle operazioni tratta mentali - riabilitative del carcere”. (Iannucci M., 1999)

Occorre puntualizzare la faglia tutta italiana tra lavoro psichiatrico in carcere e psichiatria forense. La nascita della psichiatria forense, che vide la luce in Italia attraverso Cesare Lombroso e da qui venne esportata in Occidente nei Dipartimenti di Psichiatria, trovandovi il necessario sviluppo clinico, risentì della falsificazione imposta nel nostro Paese dal potere accademico, deciso a relegarla nel campo delle Medicina Legale e a impedirle ogni attività clinica con il paziente. Questo stratagemma predispose allo sviluppo di un sapere meramente teorico, di una psichiatria e di una criminologia di valutazione che non si fonde con la psichiatria di consultazione cresciuta praticamente e teoricamente in carcere, nella solitudine di una separazione anche dal sistema di salute mentale esterno.

Per Fioritti (2007)

“Siamo oggi al paradosso di una nazione in cui coesistono il sistema di assistenza psichiatrica territoriale più radicale e radicato del mondo, con soluzioni estremamente innovative e coraggiose, ed un sistema psichiatrico forense ottocentesco, prettamente custodialistico, gestito nella sua parte clinica da specialisti con margini di autonomia clinica ed amministrativa estremamente modesti. Al contrario si è avvertita spesso la tendenza a voler escludere dal dibattito culturale il problema della violenza e dei reati commessi da malati di mente, in linea con l’impianto ideologico stesso della Riforma del 1978 e la cultura dei servizi da essa scaturiti, quasi a voler deliberatamente segnare un distacco tra la nuova realtà in costruzione e tutto ciò che poteva avere un significato di controllo sociale. Ciò ha consentito nei fatti una piena delega all’autorità giudiziaria ed all’amministrazione penitenziaria del problema, ma anche dell’assistenza e della riabilitazione del malato di mente reo all’interno degli OPG da questa gestiti. Oggi assistiamo ad una sensibilità diversa di alcuni settori della psichiatria clinica italiana e del mondo politico, che lasciano sperare che possa avviarsi una maggiore consapevolezza della necessità di affrontare il nodo delicato del rapporto tra malattia mentale e violenza/compimento di reati, al fine di completare il sistema assistenziale psichiatrico allargandolo a tutte le fasi della vita del paziente, incluse quelle che eventualmente lo vedono soggetto alle attenzioni della giustizia.”

E’ mancata la integrazione tra la cultura di chi opera per la salute mentale territoriale e la cultura di chi opera nell’ambito psichiatrico-forense e penitenziario, di conseguenza si è perpetuata la scissione anche tra i servizi e le istituzioni e ciò può aver favorito una scotomizzazione dei fenomeni in atto (reistituzionalizzazione, incarcerazione di utenti dei servizi territoriali).

La deistituzionalizzazione psichiatrica è stata collegata da alcuni autori anglosassoni ad un supposto aumento dei malati di mente in carcere ed in istituzioni psichiatrico-forensi; Konrad (2002) ha persino parlato di “Prisons as New Asylums”; White e Whiteford, (2006) di “Prisons: mental health institutions of the 21st century?”.

Una verifica è stata tentata da Priebe et al (2005) ; in una indagine sui cambiamenti avvenuti nel decennio 1991-2002 in Inghilterra, Germania, Italia, Olanda, Spagna e Svezia, essi hanno constatato che in questi paesi la deistituzionalizzazione avvenuta nella seconda metà del 20° secolo si era

ormai fermata e, nonostante le differenze dei sistemi sanitari, è iniziata una nuova istituzionalizzazione internazionalmente diffusa, poco menzionata dai mass media e poco discussa anche dagli specialisti.

In tutti i 6 paesi si è infatti verificato un aumento dei posti letto in alloggi assistiti (dal +15% della Svezia al +259% dell'Emilia), della popolazione carceraria (dal +16 della Svezia al +104 dell'Olanda) e dei posti letto psichiatrico-forensi (dal +10% dell'Italia al +143% dell'Olanda) non facilmente spiegabile, in quanto si tratta di posti letto costosi e non giustificati da un eventuale aumento del numero degli omicidi attribuibili a pazienti psichiatrici durante la fase di deistituzionalizzazione. Inoltre in tutti i 6 paesi si è verificato un incremento del numero dei detenuti (dal +23% dell'Italia al +104% dell'Olanda). Priebe et al. ritengono necessarie ulteriori indagini per capire se si tratti effettivamente di un aumento dei posti psichiatrici complessivi o invece di uno spostamento di posti letto tra un tipo di istituzione e l'altra e/o se non siano in atto un aumento di certi tipi di disturbo (ad es da uso di sostanze) ed una riduzione di supporti sociali (ad es per l'accresciuto lavoro femminile in attività extradomestiche). I servizi psichiatrici nel decennio esaminato possono aver preso in carico nuovi tipi di patologia (ad es i disturbi di personalità), ma mancano evidenze dell'ingresso consistente di tali utenti nei servizi residenziali e penitenziari. In particolare l'aumento del numero di detenuti suggerirebbe che la nuova istituzionalizzazione sarebbe da mettere in relazione - secondo Priebe et al (2005) - allo "Zeitgeist" del 21° secolo europeo, più che a specifici fattori di morbilità e politica sanitaria; questi autori ritengono necessaria una più precisa conoscenza dei cambiamenti temporali della popolazione carceraria malata di mente in rapporto alla popolazione carceraria complessiva.

Queste indagini non hanno suscitato un dibattito tra gli psichiatri italiani.

Autorevoli organismi internazionali si sono occupati di salute mentale in carcere, come ad es. il WHO Regional Office for Europe, che ha sviluppato un ormai decennale programma (Health in Prison Project) di studi e proposte sulla salute in carcere, compresa quella mentale (WHO, 1998; Møller L et al. 2007; WHO Regional Office for Europe, 2003, 2005, 2008), l'International Center for Prison's Study del Kings College. L'American Psychiatric Association ha pubblicato nel 2000 delle linee guida per il lavoro psichiatrico in carcere, tradotte in italiano nel 2002 (APA, 2002).

Alcune recenti iniziative fanno sperare in una crescita della attenzione psichiatrica complessiva in Italia verso queste problematiche; la Società Italiana di Psichiatria ha organizzato una Consensus Conference (nel 2006 a Torino, ripresa nel meeting di Perugia del Marzo 2008) sulla attività psichiatrica in carcere, mentre nel 2006 ha concluso i lavori una Commissione interministeriale Giustizia-Salute istituita nel 2002 per lo studio delle problematiche relative al riordino della medicina penitenziaria; essa nel 2004 ha ricevuto anche l'incarico di proporre possibili modelli innovativi delle modalità di intervento nei confronti di soggetti pericolosi affetti da patologie psichiatriche e ricoverati negli OPG. Un gruppo tecnico ristretto ha prodotto un documento finale in cui è stata messa in rilievo la difficoltà di 4 su 6 OPG a coniugare le funzioni di custodia e di cura, come pure che "laddove siano state attuate forme di collaborazione mediante protocolli d'intesa con i Dipartimenti di Salute Mentale è stata resa possibile l'offerta di continuità terapeutica con i servizi territoriali al momento della dimissione concordando progetti personalizzati di reinserimento del paziente internato. Si tratterebbe quindi di modalità operative già esportabili in altre realtà territoriali nel breve termine. I protocolli potrebbero essere sottoscritti tra ASL ed Istituto così come tra Regione e Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria². Al superamento di tali contraddizioni sono orientate le **proposte operative** che il Gruppo Tecnico ha ritenuto di ordinare, secondo una gerarchia temporale di realizzazione, in proposte **per il breve, medio e lungo periodo, con la consapevolezza che tali proposte potranno essere rese operative solo mediante assunzione di specifici atti di intesa in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome**".

Il documento del gruppo ristretto ricorda anche che "sentenze della Corte Costituzionale (n. 253/2003 e 367/2004) hanno di fatto aperto la possibilità alla effettuazione della misura di sicurezza in luogo alternativo all'OPG, opportunità già colta a livello di diverse realtà locali, senza tuttavia

portare ad una diminuzione complessiva dei posti occupati in OPG. E' verosimile che occorra un piano integrato al fine di evitare che il *ridirezionare* un gruppo di malati rei in luoghi alternativi all'OPG (ad esempio nel carcere o in strutture territoriali alternative) comporti la rioccupazione inappropriata degli stessi posti da parte di altre categorie di pazienti".

Nel frattempo, l'Azienda Sanitaria di Firenze, anticipando gli orientamenti giurisprudenziali citati, aveva avviato una interessante e riuscita iniziativa, realizzando la Struttura Residenziale Psichiatrica 'Le Querce'. Attiva dal 2001, coordinata da Mario Iannucci, si tratta dell'unica esperienza italiana di creazione di un tramite fra lo stato di internamento-detenzione e la libertà, volta a ridurre la permanenza nei luoghi di reclusione e di internamento dei folli rei, ma anche a prevenire internamento e detenzione per tali soggetti. La sperimentazione ha dato frutti che sarebbero certo valorizzati da chiunque cercasse, almeno con buon senso se non con intelligenza e responsabilità, una soluzione ragionevole al problema della follia-trasgressiva, considerata l'impossibilità di garantire ad oggi, nei luoghi di pena, l'assistenza a coloro che presentano gravi turbe psichiche. La risposta fornita non risponde ai criteri validi all'esterno per la salute mentale, ma si limita a una semplice consulenza psichiatrica.

Vero è che nel 2008 ha infine trovato attuazione il DL 230/99 che stabiliva il passaggio della Sanità Penitenziaria ai diversi Servizi Sanitari Regionali. Questa norma permetterà una presa in carico diretta, da parte dei DSM, dei problemi di sofferenza psichica reclusi. E' quindi particolarmente importante disporre di dati quantitativi e qualitativi sulla sofferenza psichica dei reclusi in Italia.

Carrà et al (2004) segnalavano la totale assenza di studi sulla prevalenza dei disturbi mentali nel sistema penitenziario italiano e sui trattamenti correlati forniti, assenza cui hanno in parte rimediato con il loro studio effettuato sul carcere di Pavia, di cui presentavano i risultati nello studio del 2004, dichiarandone nel contempo i seguenti limiti:

- la comparabilità dei soggetti rispetto alla popolazione di origine per effetto dello screening di selezione effettuato dal medico di guardia, privo di competenze specialistiche psichiatriche;
- l'utilizzo di procedure diagnostiche non standardizzate
- la raccolta di dati di interesse prevalente per l'istituzione carceraria, ma scarso per i dati di ambito sanitario e psicosociale.

Carrà et al concludevano auspicando replicazioni e confronti dai disegni metodologici più rigorosi. Il Progetto MoDiOPG (Fioritti et al., 2006), è uno studio di coorte, naturalistico, che ha valutato e seguito nel tempo l'intera popolazione di tre Regioni (Emilia-Romagna, Toscana e Friuli-Venezia-Giulia), ricoverata presso gli OPG nazionali al 30.6.1997. La popolazione OPG è risultata essere piuttosto omogenea sia da un punto di vista diagnostico sia da quello criminologico. Si tratta infatti in maggioranza di soggetti psicotici, spesso con doppia diagnosi, che hanno commesso gravi reati contro la persona, non raramente di recidive di reato. I disturbi di personalità e le perversioni sessuali criminali sono risultati scarsamente rappresentati e vengono indirizzate in carcere. L'evenienza di un ingresso in OPG per reati non gravi è infrequente ed avviene in genere in caso di recidiva di reato dopo la dimissione dall'OPG stesso. Si tratta di uno studio che ha fatto il passo avanti – da un punto di vista epidemiologico - di esaminare le caratteristiche cliniche della popolazione OPG proveniente da un bacino geografico preciso, ma che ha il limite di non esaminare le interazioni tra OPG e carcere.

La Organizzazione Mondiale della Sanità, come già detto, si è a lungo occupata del problema della salute in carcere, e ha prodotto delle linee guida ed alcuni dati significativi e utili per un raffronto (Blaauw e van Marle, 2007)

Nel mondo circa 9 milioni di persone sono detenute in istituzioni penali. Almeno metà di esse lotta con disturbi di personalità, ed un milione di detenuti o più soffre di un grave disturbo mentale quale psicosi o depressione. Quasi tutti i detenuti fanno esperienza di umore depresso o sintomi da stress.

Inoltre, ogni anno diverse migliaia di detenuti si tolgono la vita durante la carcerazione.

Circa il 4% degli uomini e delle donne detenuti/e sono psicotici, da 10% (uomini) a 12% (donne) soffrono di depressione maggiore, e da 42% (donne) a 65% (uomini) hanno un disturbo di personalità, incluso da 21% (donne) a 47% (uomini) con disturbo di personalità antisociale (Fazel & Danesh, 2002). Ricerche (Blaauw e al., 1998) hanno mostrato che il 89% di tutti i detenuti hanno sintomi depressivi e che il 74% hanno sintomi somatici correlati allo stress. Così la detenzione è chiaramente associata con problemi di salute mentale tra coloro che vi sono sottoposti.

Molte persone con disturbi mentali vengono arrestate ed incarcerate, determinando una importazione di problemi mentali da fuori all'interno del carcere. In altri casi, persone senza disturbi mentali sviluppano problemi mentali durante la loro detenzione a causa delle privazioni a cui vanno incontro in carcere.

Attualmente quindi **va riconosciuto** che i problemi di salute mentale rappresentano una delle maggiori criticità che affliggono i cittadini in carcere e che rispetto ad essi mancano in Italia conoscenze precise, senza le quali è difficile fornire risposte adeguate di cura della sofferenza psichica, influenzare beneficamente l'iter giudiziario e penitenziario, governare gli invii in osservazione presso le strutture di internamento giudiziario (OPG) ed i ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), migliorare la risposta riabilitativa degli istituti di pena, ridurre complessivamente il disagio interno al carcere attraverso una integrazione mirata tra istanze di cura e istanze di controllo, ma anche ridurre i rischi della riammissione alla libertà del malato di mente, che può derivare solo dal costante e puntuale monitoraggio della evoluzione delle turbe psichiche del soggetto e delle sue abilità sociali e quindi da una accorta sorveglianza del percorso che passa attraverso la concessione dei benefici previsti dalle leggi (licenze, licenze finali di esperimento, permessi premio, affidamento in prova, semilibertà), benefici che in tal modo potrebbero assumere un insostituibile valore di osservazione e verifica.

Concordiamo con Fioritti (2007) anche sul fatto che

“è necessario vedere dapprima l'universo penitenziario nella sua unitarietà e successivamente scomporlo nelle sue due componenti, carcere ed OPG. Esse costituiscono infatti da un punto di vista istituzionale, amministrativo e culturale due contenitori ampiamente comunicanti, con regolari trasferimenti dall'uno all'altro ed in una certa misura compensativi l'uno dell'altro. Analizzando trend storici degli ultimi vent'anni le oscillazioni della numerosità della popolazione OPG sono legate più a dinamiche relative al contesto penitenziario e la composizione diagnostica della popolazione OPG varia in ragione di esigenze delle carceri. L'OPG ha una duplice natura, di ospedale (per i prosciolti) e di carcere (per i detenuti). Nei periodi in cui il numero dei prosciolti è in calo l'OPG può entrare in soccorso del contenitore penitenziario (sempre sovraffollato e congestionato) per la gestione di casi problematici, con gravi disturbi di personalità, come osservandi o come "malattie sopravvenute". Nei periodi in cui i prosciolti sono stati più numerosi il carcere ha gestito al suo interno le situazioni più problematiche. Ciò spiega anche la sostanziale stabilità della popolazione OPG, costantemente tra 1000 e 1200 negli ultimi trent'anni, stabilità che neppure le sentenze della Corte Costituzionale che hanno reso possibile la misura di sicurezza extra-OPG hanno modificato”.

“Dai dati grezzi relativi al numero di letti occupati sappiamo che il ricorso agli OPG non è aumentato nel periodo successivo alla riforma psichiatrica; anzi si sono avute in alcuni periodi oscillazioni decrementali di quasi il 20%. Con ciò apparentemente sono stati smentiti quanti temevano che la chiusura dei manicomi civili portasse, come negli U.S.A., ad una "criminalizzazione" del malato di mente. Si tratta però di un giudizio basato su dati insufficienti, in quanto non è affatto chiaro se la diminuzione delle presenze negli OPG si sia verificata a fronte di un incremento della popolazione con disturbi mentali gravi all'interno delle carceri ordinarie, oppure se sia dovuta ad una minore commissione di reati da parte dei

malati di mente o se piuttosto i reati commessi da questi vengano perseguiti in misura minore in virtù di un atteggiamento paternalistico non codificato da parte degli organi di polizia o giudiziari”.

A nostro avviso anche studi epidemiologici che prendono in esame più istituzioni carcerarie non escono davvero dalla logica della esclusione se non consentono di mettere in luce le correlazioni ed interazioni tra mondo recluso ed i fenomeni sociali, giudiziari e amministrativi esterni al carcere. Peraltro attualmente è quasi impossibile avere dati della popolazione carceraria di tipo epidemiologico in senso stretto, ossia relativi alla popolazione residente in una data area geografica, perché le persone incarcerate possono essere inviate in strutture anche molto distanti dalla loro abitazione - la popolazione carceraria è sottoposta a notevoli spostamenti -; i soli dati epidemiologicamente fondati sono quelli nazionali, ossia relativi alla totalità della popolazione italiana (oltre a quella non rilevata ai censimenti in quanto immigrata illegalmente), ma ovviamente si tratta di dati di tipo molto generale. Dati di tipo clinico, ed in particolare di tipo psichiatrico, sono ottenibili invece solo relativamente alla popolazione carceraria di una o più strutture carcerarie - salvo impegnare nella ricerca epidemiologica psichiatrica le necessarie risorse come è avvenuto in Inghilterra - e da essi si possono ricavare solo conoscenze sul funzionamento interno alle strutture carcerarie, non sulla salute psichica e sui problemi di tipo giudiziario di una popolazione geograficamente individuata. Insomma non è detto che quanto viene fotografato a Sollicciano sia rappresentativo della situazione ad es. di Milano o di Palermo e soprattutto non ci fornisce informazioni sulle connessioni con la realtà esterna al carcere. E' possibile al massimo inferire dai dati raccolti quali siano mediamente i problemi di una realtà penitenziaria complessa di carattere metropolitano - dotata di sezioni penali e giudiziarie maschili, femminili, transessuali, di aree di osservazione psichiatrica, di una sezione di internamento giudiziario e di un reparto che ospita madri con bambini. Una realtà che giocoforza raccoglie una percentuale altissima della popolazione immigrata irregolare che si accalca nelle grandi città. Comunque al di là di questo limite strutturale di fondo, indagini ben strutturate sul carcere mantengono la loro importanza. Anche all'estero hanno iniziato con indagini di questo tipo. Inoltre in Italia, nella attuale fase evolutiva dei servizi sanitari e giudiziari, sono previsti da un lato il graduale passaggio della assistenza sanitaria in carcere dalla amministrazione penitenziaria a quella delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, dall'altro il progressivo superamento degli OPG. Risulta quindi particolarmente importante ed urgente disporre di dati scientificamente fondati sui bisogni di tipo sanitario, e psichiatrico in particolare, della popolazione carceraria e degli OPG. E' necessaria cioè una fase conoscitiva della psicopatologia reclusa, per un passaggio consapevole al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) delle competenze assistenziali in materia di salute mentale nei luoghi di pena.

Per questo complesso di motivi riteniamo ancora valida la scelta operata anni fa di studiare in modo strutturato e standardizzato la patologia psichica della popolazione carceraria di Sollicciano e degli osservandi nell'OPG di Montelupo Fiorentino nonostante la esiguità quantitativa del gruppo degli osservandi rispetto all'universo degli OPG.

L'istituto dell'osservazione psichiatrica ha sempre creato notevoli problemi di gestione in OPG, spesso senza beneficio alcuno al soggetto che vi era sottoposto in genere per periodi brevi, con rapido rientro nel circuito ordinario. Tali situazioni dovevano essere analizzate nella ricerca e valutato il percorso dell'osservando, allo scopo di mettere a punto un protocollo di rapporto tra OPG-MF e carceri di provenienza e/o ritorno degli osservandi, finalizzato alla realizzazione della massima efficacia terapeutica.

Di fatto dal 2004 le osservazioni psichiatriche si sono largamente spostate in alcuni istituti di pena ordinari, in seguito a un progetto del Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria che ha

investito i Provveditorati Regionali al fine della individuazione di almeno un istituto per Regione atto ad effettuarle.

Scopo generale della presente ricerca è stato quello di conoscere, attraverso l'approfondimento di dati anagrafici e demografici, di problemi socio-sanitari e di sicurezza della popolazione in transito per una grande Casa Circondariale, le caratteristiche di un campione significativo di cittadini che accedono alle istituzioni coatte del Paese al fine di facilitare la programmazione di piani integrati di intervento che mirino al benessere del cittadino a rischio o recluso, e che siano atti sia a prevenire la commissione di reati sia a facilitare la riabilitazione di chi si trova in carcere.

I diversi promotori e attori di questa ricerca sono stati consapevoli della necessità di muoversi a partire da una mappa delle risorse e dei bisogni introducendo in carcere quella cultura epidemiologica finora carente in Italia negli Istituti di Pena.

Il consenso fornito dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) - a livello centrale e periferico - alla effettuazione della prima ricerca epidemiologica italiana in ambito psicopatologico penitenziario, ha costituito l'indispensabile premessa al progetto.

Va sottolineato che la ricerca è il risultato della collaborazione tra DSM dell'ASF, Cattedra di Psichiatria della Libera Università degli Studi di Firenze, Amministrazione penitenziaria, UO Sperimentale di Psichiatria a direzione universitaria dell'ASF, diretta dal Professor Maurizio Ferrara e Caritas Diocesana di Firenze, quale Associazione del cosiddetto terzo settore. Quest'ultimo, pur essendo già attivo in tale campo, soffre di una certa perifericità rispetto all'universo penitenziario, che può essere causa di azioni non sempre utili, spesso occasionali e comunque non sempre suggerite dai bisogni effettivi del territorio-carcere, bensì dalla interpretazione soggettiva di tali bisogni ad opera del funzionario di turno, per superare i quali è necessario un forte lavoro di integrazione tra servizi pubblici, privati e privato sociale.

Considerato che i problemi più diffusi che l'esperto di salute mentale deve affrontare in carcere sono quelli correlati alla presenza di disturbi di personalità e all'aggressività di stampo psicopatologico, questi temi hanno costituito il core della ricerca.

Obiettivi specifici della ricerca:

- 1) In specifico si è voluto acquisire strumenti di valutazione e dati nell'ambito della psicopatologia reclusa, per stimare l'accesso potenziale ai servizi di salute mentale e la necessità di tali servizi all'interno di un carcere e supportare la programmazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria integrata nel settore, potenziali e immediati (generico, specialistico, specialistico urgente, ricovero, riabilitativo complesso).
- 2) Acquisire quei dati, al momento non disponibili in Italia, ma disponibili in altri Paesi europei e non, che consentiranno di creare un'adeguata risposta ai problemi di salute mentale reclusi, così da:
 - anticipare, rispetto ai tempi di lavoro attuali, l'espressione di una diagnosi e quindi influenzare beneficamente l'iter giudiziario e penitenziario del portatore di sofferenza psichica;
 - ridurre gli invii in osservazione presso le strutture di internamento giudiziario e i ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) esterni;- migliorare la risposta riabilitativa degli istituti di pena e pertanto rendere minore il disagio interno, attraverso una integrazione mirata tra istanze di cura e istanze di controllo;
 - contenere i rischi della riammissione alla libertà del malato di mente, essendo con costanza e puntualità seguita l'evoluzione delle turbe psichiche del soggetto e della sua competenza sociale e risultando meglio monitorato il percorso che passa attraverso la concessione dei benefici previsti dalle leggi attuali (licenze, permessi premio, affidamento in prova, semilibertà...), benefici che assumerebbero un insostituibile valore di osservazione e verifica.
- 3) Confrontare i dati italiani con quelli della letteratura internazionale

Purtroppo non tutti gli obiettivi della ricerca sono stati raggiunti, ad es. non è stata effettuata la validazione della scheda degli eventi critici e non sono stati effettuati i follow up.

Un altro punto critico è quello dei confronti internazionali, già di per sé complicati da molti fattori. Moran (1999) ha sottolineato come il confronto tra i tassi di prevalenza dei disturbi mentali nei contesti detentivi è complicata dall'intervento di diversi fattori, ad es.: le differenze tra le procedure seguite dai tribunali europei e americani, la tipologia di carcere (detenuti raggiunti da condanna definitiva o in attesa di giudizio possono essere assegnati a diversi contesti istituzionali), il tipo di detenuti oggetto d'indagine (genere, tipologia di reato, tipo di sentenza o grado del procedimento giudiziario), la prevalenza all'interno della comunità dei disturbi mentali, inclusi i disturbi di personalità, le procedure di pubblica sicurezza che prevedono il trasferimento dei soggetti mentalmente disturbati presso una struttura ospedaliera, l'intervento di disposizioni speciali del tribunale, l'uso delle misure alternative al carcere. E' probabile che molti di questi ultimi fattori incidano maggiormente sulla prevalenza relativa ai disturbi di Asse I più che su quella dei disturbi di personalità dal momento che pochi paesi hanno realizzato dei servizi ospedalieri specializzati nel trattamento di soggetti affetti da disturbi di personalità.

Purtroppo molti di questi fattori non sono stati considerati nell'impostazione metodologica della presente indagine, ed i confronti internazionali ne subiscono dei limiti.

Riteniamo comunque che gran parte del materiale raccolto sia importante e significativo e che meriti di essere messo a disposizione della comunità scientifica e di tutti gli interessati, specie per la mole di lavoro che ha comportato la rilevazione dei disturbi con strumenti standardizzati e per il fatto che sono pochi anche nella letteratura internazionale gli studi che, come il presente, hanno misurato un ampio spettro di disturbi della personalità in un campione rappresentativo di detenuti.

MATERIALI E METODI

Disegno

Studio nell'arco di sei mesi delle condizioni psichiche dei

- detenuti consecutivamente nuovi giunti nel carcere di Sollicciano (FI) dal 1.09.01 al 28.02.02,
- detenuti seguiti stabilmente dal Servizio Psichiatrico, dagli Psicologi del Trattamento e dal Ser.T. attivi all'interno dello stesso carcere dal 1.09.2001 - 31.05.2002,
- osservandi nell'OPG di Montelupo Fiorentino (FI) dal 1.09.2001 - 31.05.2002,

usando strumenti di valutazione clinica standardizzata per la rilevazione dei disturbi di asse I nel caso dei nuovi entrati e anche di asse II per i seguiti e gli osservandi.

E' stata inoltre programmata l'elaborazione e validazione di una scheda per la rilevazione degli eventi indicatori indiretti del disagio psichico nelle strutture penitenziarie.

Per rispettare le norme relative al consenso informato, alla privacy, alla riservatezza e al segreto, incluse quelle previste nella realtà penitenziaria, le schede di rilevazione sono anonime. Né l'intervista, né i dati raccolti e sopra elencati permettono l'identificazione della persona esaminata.

Setting

Il carcere di Sollicciano e l'OPG di Montelupo Fiorentino.

Il carcere di Sollicciano è uno delle 17 Carceri della Toscana. Il DAP definiva la capienza regolamentare di Sollicciano al 31 dicembre 2001 in 464 posti (105 donne e 359 uomini), e tollerabile per 459 detenuti (85 donne e 374 uomini), mentre i presenti effettivi erano 1006 (83 donne e 923 uomini). Sempre al 31 dicembre 2001 la posizione giuridica dei detenuti era di condannati per 455 (29 donne e 426 uomini) e imputati per 551 (54 donne e 497 uomini). Dal 1 settembre 2001 al 28 febbraio 2002 gli ingressi in istituto sono stati pari a 1532 uomini e 236 donne e le uscite pari a 1557 uomini e 229 donne. Dal 1 marzo 2002 al 31 agosto 2002 gli ingressi in istituto sono stati pari a 1526 uomini e 280 donne e le uscite pari a 1588 uomini e 282 donne. Il bacino di provenienza è indefinito. E' presumibile, ma non verificabile che la percentuale di stranieri fosse già molto alta nel periodo esaminato, risultando attualmente superiore al 60% il numero di stranieri che il carcere fiorentino ospita abitualmente.

L'OPG di Montelupo Fiorentino è uno dei 5 OPG italiani - se si esclude l'OPG di Castiglione delle Stiviere -, ospita solo uomini ed è sede di Casa di Cura e Custodia, speciale istituto di internamento giudiziario per seminfermi di mente, osservandi e per l'applicazione di misure di sicurezza provvisorie. Il DAP definiva la capienza regolamentare di Montelupo Fiorentino al 31 dicembre 2001 in 226 posti, e tollerabile di 215, mentre i presenti effettivi erano 239.

Gli operatori delle diverse aree del NCPS (direttiva, sanitaria, rieducativa, della sorveglianza), oltre al Gruppo di Coordinamento della ricerca, hanno partecipato alla elaborazione della scheda degli indicatori indiretti del disagio psichico nelle strutture penitenziarie messa a punto dai ricercatori.

Nel periodo dal 1.09.01 al 28.02.02 il personale di polizia penitenziaria forniva giornalmente ai ricercatori i fogli matricolari dei nuovi giunti. Si provvedeva quindi a contattare personalmente ogni detenuto a cui, previo consenso informato, venivano somministrati gli strumenti scelti per l'indagine.

Lo somministrazione degli strumenti scelti per i pazienti seguiti dai servizi psichiatrici - psicologici e per gli osservandi in OPG è avvenuta per un periodo più lungo, dal 1.09.2001 - 31.05.2002, ovviamente senza coinvolgere l'ufficio matricola, ma comunque con la collaborazione del personale penitenziario.

L'OPG di Montelupo ospita solo uomini ed è destinato prevalentemente ai pazienti in misura di sicurezza, ma ospitava all'epoca dello studio anche uomini inviati da istituti penitenziari per un periodo di osservazione di un mese.

Misure e strumenti utilizzati

- **indicatori indiretti del disagio psichico nelle strutture penitenziarie:** una serie di indicatori sono stati scelti per costruire una scheda (Tab 1). La scheda ha un carattere semplificato, che consente di usarla in ogni istituto di pena; di fatto è stata compilata per sei mesi.

Essa è un risultato del lavoro svolto dai ricercatori, che l'hanno pensata come strumento di valutazione indiretta delle condizioni di salute mentale dei detenuti nei due istituti sede della indagine, ma è formalmente ancora da validare appunto rispetto alla eventuale capacità di valutazione indiretta del disagio della popolazione carceraria e la procedura di adottarla nella indagine è pertanto solo un passaggio verso tale obiettivo, e viene comunque riportata in quanto costituisce una sollecitazione per ulteriori lavori. I limiti sopraindicati non tolgono nulla al fatto in sé che per 6 mesi è stata quantificata nel carcere e nell'OPG questa serie di eventi critici.

Tab 1: scheda degli indicatori indiretti del disagio psichico nelle strutture penitenziarie

NOME E COGNOME:			
SUICIDI	DATA	MODALITA' 1. Lesioni da taglio 2. Gas 3. Impiccagione o strangolamento 4. Ingestione di farmaco o sostanze psicoattive 5. Altro	CAUSA 1. Protesta 2. Motivi familiari 3. Motivi di giustizia 4. Contrasti con altri detenuti 5. Nessuna apparente
TENTATIVI DI SUICIDIO	DATA	MODALITA' 1. Lesioni da taglio 2. Gas 3. Impiccagione o strangolamento 4. Ingestione di farmaci o sostanze psicoattive 5. Altro	CAUSA 1. Protesta 2. Motivi familiari 3. Motivi di giustizia 4. Contrasti con altri detenuti 5. Nessuna apparente
AGGRESSIONI SUBITE	DATA	MODALITA'	CAUSA

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ferimento a mani nude 2. Ferimento con armi proprie 3. Ferimento con armi improprie 4. Ferimento nel corso di una rissa 5. Omicidio a mani nude 6. Omicidio con armi proprie 7. Omicidio con armi improprie 8. Omicidio nel corso di una rissa 9. Abuso su persona inerme 10. Altro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reazioni a condotte disturbanti 2. Incompatibilità 3. Nessuna apparente
AGGRESSIONI AGITE contro operatori	DATA	MODALITA' <ol style="list-style-type: none"> 1. Ferimento a mani nude 2. Ferimento con armi proprie 3. Ferimento con armi improprie 4. Ferimento nel corso di una rissa 5. Omicidio a mani nude 6. Omicidio con armi proprie 7. Omicidio con armi improprie 8. Omicidio nel corso di una rissa 9. Aggressioni verbali 10. Altro 	CAUSA <ol style="list-style-type: none"> 1. Rifiuto di presunti benefici 2. Incompatibilità 3. Nessuna apparente
AGGRESSIONI AGITE contro altro detenuto	DATA	MODALITA' <ol style="list-style-type: none"> 1. Ferimento a mani nude 2. Ferimento con armi proprie 3. Ferimento con armi improprie 4. Ferimento nel corso di una rissa 5. Omicidio a mani nude 6. Omicidio con armi proprie 7. Omicidio con armi improprie 8. Omicidio nel corso di una rissa 9. Abuso su persona inerme 10. Altro 	CAUSA <ol style="list-style-type: none"> 1. Reazioni a condotte disturbanti 2. Incompatibilità 3. Nessuna apparente
GESTI AUTOLESIVI	DATA	MODALITA' <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesioni da taglio 2. Traumi cranici 3. Ustioni 4. Sciopero della fame 5. Rifiuto terapia 6. Ingestione di corpi estranei 7. Altro 	CAUSA <ol style="list-style-type: none"> 1. Protesta 2. Motivi familiari 3. Motivi di giustizia 4. Contrasti con altri detenuti 5. Nessuna apparente
DANNEGGIAMENTI	DATA	MODALITA' <ol style="list-style-type: none"> 1. Di oggetti, gravità modesta 2. Di oggetti, gravità media 3. Di oggetti, gravità elevata 4. Incendio 5. Altro 	CAUSA <ol style="list-style-type: none"> 1. Protesta 2. Motivi familiari 3. Motivi di giustizia 4. Contrasti con altri detenuti 5. Nessuna apparente
RICOVERI IN LUOGHI ESTERNI DI CURA (Ospedale psichiatrico)	DATA	MODALITA' <ol style="list-style-type: none"> 1. T.S.V. in ambiente psichiatrico 2. T.S.O. in ambiente psichiatrico 	CAUSA <ol style="list-style-type: none"> 1. Su invio dell'AG 2. Su richiesta medica
RICOVERI IN LUOGHI ESTERNI DI CURA (Ospedale generale)	DATA	MODALITA'	CAUSA

		<ol style="list-style-type: none"> 1. In medicina 2. In chirurgia 3. In rianimazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per tentativo di suicidio 2. Per aggressione 3. Per gesti autolesivi 4. Altro
RICOVERI IN O.P.G.	DATA	MODALITA' <ol style="list-style-type: none"> 1. In osservazione psichiatrica 2. In internamento giudiziario provvisorio o definitivo 	CAUSA <ol style="list-style-type: none"> 1. Per tentativo di suicidio 2. Per comportamenti aggressivi 3. Per gesti autolesivi 4. In applicazione di MdS provvisoria e/o definitiva

- **MINI modificato.** Ai detenuti Nuovi Giunti, ai Seguiti stabilmente dai Servizi psichiatrici - psicologici attivi nel NCPS, ed ai detenuti in osservazione psichiatrica presso l'OPG di Montelupo è stata proposta la somministrazione del Mini International Neuropsychiatric Interview (Lecrubier et al. 1997; Sheehan et al. 1997), cui erano stati aggiunti degli item per la valutazione dei disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo, piromania, cleptomania, disturbo esplosivo intermittente, tricotillomania) e del disturbo ciclotimico.

I criteri diagnostici del DSM-IV per i Disturbi del Controllo degli Impulsi sono stati aggiunti a MINI perché fa parte della pratica clinica psichiatrica all'interno degli istituti di pena la considerazione che vi si riscontri un'alta frequenza di discontrollo degli impulsi. Inoltre è opportuno segnalare che MINI, utilizzato per la rilevazione dei disturbi di asse I, ha fra i suoi criteri diagnostici anche quelli del Disturbo di Personalità Antisociale, che è quindi l'unico disturbo di personalità indagato nei Nuovi Giunti.

- **SCID-II.** Ai detenuti Seguiti stabilmente ed ai detenuti in osservazione psichiatrica presso l'OPG di Montelupo che alla somministrazione di MINI sono risultati non affetti da Disturbi Psicotici né Disturbi Mentali Organici e con Q.I. ≥ 75 è stata somministrata anche l'intervista diagnostica semistrutturata per i disturbi di personalità SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders) (First, Spitzer et al. 1994), versione 2.0 nel suo adattamento italiano. Non è stata utilizzata la parte di SCID-II relativa al disturbo di personalità antisociale, già indagato tramite MINI.

I ricercatori, tutti psichiatri, coinvolti nella raccolta dei dati indicati ai punti 2 e 3 sono stati formati alla somministrazione delle interviste MINI e SCID-II. La formazione è stata attuata in collaborazione con la Cattedra di Psichiatria dell'Università di Firenze (direttore Professor Gian Franco Placidi).

Per l'addestramento alla somministrazione dei tests e per valutare la concordanza, è stato preparato un video. E' stata quindi effettuata una interraters reliability fra i vari valutatori, che ha fornito valori ottimi di concordanza.

- i dati anagrafici e demografici (tab 2) sono stati chiesti a tutti i detenuti che hanno accettato di partecipare allo studio, Nuovi Giunti, Seguiti e Osservandi.

Tab 2 Scheda su dati anagrafici e demografici:

- Sesso
- Stato civile
- Nazionalità
- Scolarità
- Attività lavorativa
- Eventuale traccia anamnestica di tossicodipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti
- Tipologia generica del reato:
a) contro la persona,
b) contro il patrimonio

- Preesistenza o meno di altre carcerazioni e quante
- Durata della pena, per i condannati definitivi
- Tempo passato dall'inizio della carcerazione in corso.

I coordinatori dello studio hanno eseguito un approfondito controllo di qualità relativamente all'accuratezza dei dati clinici raccolti.

I sottogruppi indagati

Nell'ambito della ricerca sono stati esaminati i seguenti sottogruppi:

- 202 sono i detenuti che nel periodo dal 1.09.01 al 28.02.02 avevano messo in atto eventi critici e per i quali è stata compilata la relativa scheda; invece nel periodo dal 1.09.01 al 31.05.02 sono stati 302.

- 780 sono stati i detenuti Nuovi Giunti esaminati, cioè quelli per cui veniva attivato il foglio matricolare, che provenivano dalla libertà e con cui è stato possibile prendere contatto. Dal 1.09.01 al 28.02.02 il movimento in entrata di detenuti nel NCPS è stato complessivamente di **1576** soggetti (**1378** uomini e **198** donne), ma di questi solo **837** (**715** maschi e **122** femmine) provenivano dalla libertà, mentre gli altri **739** non sono stati inseriti tra i Nuovi Giunti in quanto non provenivano dalla libertà, ma erano soggetti

- trasferiti stabilmente da altro istituto,
- trasferiti da altro istituto per motivi processuali,
- rientrati in istituto dopo processo o permesso premio.

Le 837 persone provenienti dalla libertà sono state segnalate dall'ufficio matricola ai ricercatori, ma solo **780** risultano conteggiati come Nuovi Giunti, il che significa che non è stato possibile prendere contatto con 57 persone provenienti dalla libertà, verosimilmente perché transitate velocemente nel carcere.

41 dei 780 Nuovi Giunti hanno avuto bisogno di essere seguiti dai servizi psichiatrici - psicologici e 2 di essere trasferiti in OPG.

737 Nuovi Giunti sono stati esaminati dai ricercatori, ma non hanno avuto bisogno di essere visti dai servizi psichiatrici - psicologici; questo non significa - come si vedrà in seguito - che si trattasse di persone psichicamente sane. I risultati della indagine svolta in questo sottogruppo costituiscono in effetti uno dei risultati più significativi della presente indagine ai fini della pianificazione dei servizi carcerari.

- 120 sono stati i detenuti Seguiti dai Servizi specialistici Psichiatrico e SERT, tra cui 41 erano anche Nuovi Giunti, mentre gli altri 79 erano Seguiti, ma non Nuovi Giunti.

Ai fini dell'esame della popolazione del carcere di Sollicciano non si possono sommare i dati dei Nuovi Giunti a quelli dei Seguiti, in quanto 41 persone erano contemporaneamente Nuovi Giunti e Seguiti. Per ovviare a tale problema si è distinto un sottogruppo "Seguiti A", composto da tutti i 120 soggetti seguiti, ed un sottogruppo "Seguiti-B", composto dai 77 soggetti solo seguiti, ma non Nuovi Giunti. E' stato quindi possibile sommare i Nuovi Giunti con i Seguiti-B, ricavando il gruppo di tutti i detenuti di Sollicciano che avevano accettato di sottoporsi alla indagine.

I Nuovi Giunti cui era stata proposta l'indagine e che non hanno accettato di parteciparvi costituiscono il gruppo No-MINI (N=327), di coloro cioè per i quali non si dispone dei risultati di MINI e ovviamente nemmeno della SCID; essi però possono aver attuato eventi critici.

- detenuti osservandi in OPG sono stati 78; i detenuti osservandi in OPG non hanno alcuna relazione con quelli del NCPS, a parte i pochi (4) che sono stati trasferiti tra le due strutture durante il periodo in esame.

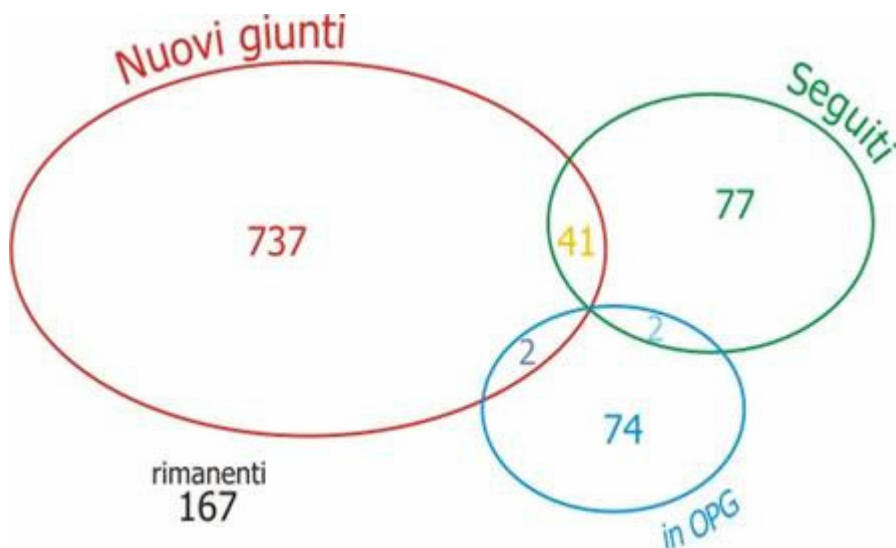
A 68 dei 78 osservandi è stata somministrato MINI, e solo a 25 di essi è stata somministrato SCID.

- un ulteriore sottogruppo è quello dei **167** soggetti detenuti nel NCP di Sollicciano che risultano non essere Nuovi Giunti, né Seguiti, né ovviamente pazienti in osservazione in OPG, ma che hanno messo in atto eventi critici nel periodo preso in esame, senza avere mai avuto contatti con il

Servizio Psichiatrico (non sono Seguiti), né essere mai stati valutati come Nuovi Giunti: essi sono indicati come gruppo Extra.

- infine ci sono stati dei detenuti che non erano nuovi giunti, né seguiti, né in OPG, né coinvolti in eventi critici; non è nota la consistenza di tale gruppo, poiché non è noto il numero totale dei/le detenuti/e nel periodo esaminato.

Figura 1: rappresentazione dei gruppi e delle loro sovrapposizioni



Indagini statistiche: lo statistico del gruppo di ricerca ha effettuato calcoli di distribuzione dei valori assoluti tra i sottogruppi; le percentuali sono state calcolate da uno psichiatra, ma non è stata effettuata una analisi statistica chi-quadrato come appropriato per le differenze tra proporzioni.

Risultati

a) Le caratteristiche socio demografiche dei gruppi esaminati

Purtroppo non tutte le variabili della scheda dei dati anagrafici e demografici sono statisticamente elaborate; disponiamo delle elaborazioni relative a età, sesso e nazionalità dei detenuti che hanno espresso il consenso alla indagine, cioè dei seguenti gruppi:

- 468 Nuovi Giunti, indicati con la sigla NG,
- 120 Seguiti dai servizi psichiatrici - psicologici,
- 64 osservandi in OPG, indicati con la sigla O-OPG.

Tabella 3: Composizione per sesso e nazionalità dei gruppi esaminati

Nazionalità	Uomini NG	Uomini Seguiti	Uomini O-OPG	Donne NG	Donne Seguite	Trans Seguiti/e
italiana	189	62	39	30	15	1
nordafriana	133	22	20	7	1	0
europea	5	2	2	1	0	0
mediorientale	4	0	0	1	0	0
esteuropea	69	5	3	15	2	0
altra	4	1	0	10	3	1
sconosciuta	0	2	0	0	0	0
totale	404	94	64	64	21	2
Italiana	189	62	39	30	15	1
Non italiana	215	32	25	34	6	1

totale	404	94	64	64	21	2
---------------	------------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------

Viene confermata la preponderanza dei detenuti maschi sulle donne.

Per quanto concerne la variabile nazionalità, tra i NG i non italiani superano in valore assoluto gli italiani (215/189), mentre il rapporto è quasi paritario tra donne NG non italiane ed NG italiane (34/30).

Mentre in passato la popolazione carceraria è sempre stata composta in notevole parte da uomini provenienti dal Sud d'Italia, al giorno d'oggi il Sud del mondo ha sostituito quello italiano.

Tabella 4: giovani adulti (età <25 aa) per gruppo esaminato e per nazionalità

Nazionalità	Uomini NG	Uomini Seguiti	Uomini O-OPG	Donne NG	Donne Seguite
italiana	24	4	4	3	1
nordafricana	42	2	4	1	0
europea	0	0	0	1	0
mediorientale	2	0	0	0	0
esteuropea	28	1	0	6	2
altra	2	0	0	3	1
Sconosciuta	0	1	0	0	0
totale	98	8	8	14	4
Italiana	24	4	4	3	1
Non italiana	74	4	4	11	3
totale	98	8	8	14	4

Tabella 5: adulti (età >25 anni) per gruppo esaminato e per nazionalità

Nazionalità	Uomini NG	Uomini Seguiti	Uomini O-OPG	Donne NG	Donne Seguite	Trans Seguiti/e
italiana	164	58	35	26	14	1
nordafricana	88	20	16	6	1	0
europea	5	2	2	0	0	0
mediorientale	2	0	0	1	0	0
esteuropea	39	4	3	9	0	0
altra	2	0	0	7	2	1
sconosciuta	0	1	0	0	0	0
totale	300	85	56	49	17	2
Italiana	164	58	35	26	14	1
Non italiana	136	27	21	23	3	1
totale	300	85	56	49	17	2

Tabella 6: rapporti per età e nazionalità nei gruppi esaminati (uomini)

Nazionalità	Uomini NG giovani adulti	Uomini NG adulti	Uomini Seguiti giovani adulti	Uomini Seguiti adulti	Uomini O-OPG giovani adulti	Uomini O-OPG adulti
italiana	24	164	4	58	4	35
adulti/giovani adulti	6,8		14,5		8,7	
Non italiana	74	136	4	27	4	21
adulti/giovani adulti	1,8		6,7		5,2	
totale	98	300	8	85	8	56
adulti/giovani adulti	3		10,6		7	

Tabella 7: rapporti per età e nazionalità nei gruppi esaminati (donne)

Nazionalità	Donne NG giovani	Donne NG adulte	Donne seguite	Donne seguite
-------------	------------------	-----------------	---------------	---------------

	adulte		giovani adulte	adulte
italiana	3	26	1	14
adulte/giovani adulte	8,6		14	
Non italiana	11	23	3	3
adulte/giovani adulte	2		1	
totale	14	49	4	17
adulte/giovani adulte	3,5		4,2	

Per quanto concerne la variabile età tra i Nuovi Giunti è da registrare la presenza di 3 adulti per ciascun giovane-adulto e di 3,5 adulte per ogni giovane-adulta, ma mentre il rapporto è di 6,8 adulti italiani per un giovane adulto e di 8,6 adulte italiane per ogni giovane-adulta, tra i non italiani vi sono 1,8 adulti per ogni giovane-adulto e 2 donne adulte per ogni giovane-adulta. Certamente nella popolazione generale i giovani-adulti, in particolare non italiani, non sono presenti in tale misura; ciò significa che i giovani-adulti, in particolare non italiani, delinquono più degli adulti e/o sono oggetto di una selezione negativa da parte del sistema penale. Questa indagine non è in grado di dirimere tra queste alternative.

Il rapporto numerico tra gruppo Seguito e gruppo NG è circa di 1/4 per gli uomini e di 1/3 per le donne, ma è di 1/3 italiani vs 1/6,7 non italiani e di 1/2 italiane vs 1/5,6 non italiane. E' evidente che la presa in carico da parte dei servizi avviene in misura ben diversa a seconda della nazionalità. Anche questo fenomeno può essere conseguente sia a difficoltà dei detenuti non italiani - specie giovani adulti - a fidarsi dei servizi, sia a difficoltà dei servizi a entrare in rapporto con i detenuti non italiani - specie giovani adulti.

Il movimento dei detenuti

Gli ingressi nel NCPS durante il semestre 1 settembre 2001 - 28 febbraio 2002 sono stati pari a 1532 uomini e 236 donne e le uscite pari a 1557 uomini e 229 donne; durante il semestre 1 marzo 2002 - 31 agosto 2002 gli ingressi in istituto sono stati pari a 1526 uomini e 280 donne e le uscite pari a 1588 uomini e 282 donne.

Il numero totale dei detenuti del carcere di Sollicciano nel periodo esaminato non è stato precisato; il numero delle presenze giornaliere variava tra 900 e 1.000.

I soggetti entrati nel NCPS nel periodo esaminato sono stati 1576, di cui solo **41** sono stati presi in carico dal Servizio Psichiatrico e sono andati ad aggiungersi ai 79 soggetti che erano già in carico ai servizi psichiatrico - psicologici. **2** Nuovi Giunti presentavano problemi psichiatrici così gravi per cui sono stati mandati in osservazione psichiatrica in OPG, altri **2** invii in OPG riguardavano soggetti invece Seguiti dal Servizio Psichiatrico, ma non erano Nuovi Giunti; questi 4 Osservandi si sono aggiunti ai 74 Osservandi già presenti in OPG.

Non è conosciuta la numerosità dei soggetti usciti dai vari gruppi nel periodo esaminato.

Queste cifre non forniscono però una rappresentazione esaustiva della entità del bisogno psichiatrico, bensì solo del bisogno espresso ai servizi psichiatrici - psicologici. Va tenuto infatti presente che la popolazione carceraria non seguita dai servizi non era psichicamente sana; come si vedrà in seguito dalla indagine sui Nuovi Giunti non seguiti è emerso che il bisogno di assistenza non espresso ai servizi era decisamente consistente. Il fenomeno del bisogno non espresso è presente anche nella popolazione al di fuori del carcere, ma va sottolineato che il periodo di vita in carcere può essere l'occasione per una migliore lettura del bisogno e per la offerta di presa in carico di condizioni psichiche che in qualche misura possono aver contribuito a determinare i comportamenti-reato.

Dalla somma del numero certo degli entrati (N=1.576) nel periodo dal 1.09.01 al 28.02.02 e del numero approssimativo dei presenti al 1 settembre 2001 (ca 1.000), ricaviamo che approssimativamente N=2.576 sono state le persone detenute transitate nel carcere di Sollicciano nel periodo esaminato. Questa cifra è approssimativa sia perché lo è il numero dei presenti al 1 settembre 2001, sia perché tra gli entrati vi sono anche i rientrati in istituto dopo processo o dopo permesso premio, che in tal modo vengono ricontati ad ogni ritorno. Purtroppo non sappiamo

neppure approssimativamente quanti siano i rientrati e quindi non conosciamo l'ordine di grandezza della approssimazione.

b) gli eventi critici

La scheda degli indicatori del disagio (Tabella 1) è stata compilata inserendovi tutti gli eventi critici verificatisi dal 1.09.01 al 31.05.02 presso l'NCPS, cioè gli eventi critici relativi al totale complessivo (ca. 1.000 giornalieri) dei detenuti presenti nel medesimo periodo nel NCPS.

I soggetti che hanno messo in atto eventi critici in questo periodo sono stati 302. Non conosciamo i dati demografici e clinici di questo gruppo.

In tabella 8 la ripartizione per tipo di evento dei 444 eventi critici registrati e dei 302 soggetti interessati.

Tabella 8: eventi critici per tipo e nr di soggetti

Tipo di evento	n.eventi	n.soggetti
Gesti autolesivi	203	103
Aggressioni contro operatore	92	64
Aggressioni contro altro detenuto	76	68
Aggressioni subite	51	46
Danneggiamenti	12	12
Tentativi di suicidio	10	9

In tabella 9 la ripartizione dei soggetti interessati per il numero di eventi in cui sono risultati coinvolti.

Tabella 9: numero dei soggetti coinvolti in eventi critici per numero di tipi di evento

	n. soggetti
coinvolti in 1 solo tipo di evento	159
coinvolti in 2 tipi di evento	51
coinvolti in 3 tipi di evento	8
coinvolti in 4 tipi di evento	3
coinvolti in 5 tipi di evento	1

Gli eventi registrati con maggior frequenza sono stati i gesti autolesivi (N=203) attuati da 103 soggetti, seguiti da aggressioni contro operatore (N=92) attuati da 64 soggetti, aggressioni contro altro detenuto (N=76) attuati da 68 soggetti, aggressioni subite (N=51) in 46 soggetti, danneggiamenti (N=12) attuati da 12 soggetti, tentativi di suicidio (N=10) di 9 soggetti. Sono stati considerati tentativi di suicidio e non gesti autolesivi tutte le condizioni in grado di mettere veramente a repentaglio la vita del soggetto o che hanno richiesto interventi medici di una certa importanza. Nel periodo considerato non si sono verificati suicidi e bassa è stata la percentuale di invii in ospedali esterni sia per motivi psichiatrici sia per motivi medici, oltre agli invii in OPG, tanto che questi eventi - vista la scarsa numerosità - non sono stati considerati nell'analisi dei dati.

Accettando il calcolo approssimativo secondo il quale le persone detenute transitate nel carcere di Sollicciano in un semestre sono state ca. 2.576, possiamo dedurre che i gesti autolesivi sono stati messi in atto dal 3,9% dei detenuti ed i tentativi di suicidio dallo 0,3%, mentre l'insieme degli eventi critici ha riguardato approssimativamente il 8,6% delle persone transitate nel carcere.

Dalla tabella 10 emerge che 91 eventi critici sono stati registrati nel periodo in esame nel gruppo dei soggetti Nuovi Giunti, 54 di questi si sono verificati nei soggetti valutati con la MINI (*gr NG*), 13 in quelli che non avevano accettato la somministrazione dei questionari (*gr NoMINI*) e 24 in quelli che sono stati successivamente seguiti dal servizio psichiatrico per cui si ritrovano in una colonna a parte (*gr NG+S*). 73 eventi critici sono stati invece registrati nei soggetti seguiti dal servizio psichiatrico, di cui 24 in quei soggetti già valutati come Nuovi Giunti (*gr I & gr II*) e 49 in quelli solo

seguiti (*grII*). Come si può osservare c'è un'ulteriore colonna (*gr Extra*) in cui sono registrati gli eventi critici (N=209) verificatisi in tutti quei soggetti con i quali i ricercatori ed i servizi non hanno avuto alcun contatto, perché non Nuovi Giunti, né Seguiti dai servizi psichiatrici - psicologici, ma facenti parte della restante popolazione carceraria. Gli eventi critici di questo gruppo Extra e NoMINI, costituito - come si diceva sopra - da 167 + 327 soggetti che non hanno mai avuto contatti psichiatrici o di ricerca, sono molto interessanti perché ci forniscono un'idea del disagio psichico presente nella popolazione carceraria altrimenti non conosciuta.

Tabella 10

	NG: 737	S: 77	NG & S: 41	gr. NoMINI: 327	gr. Extra: 167
Aggressioni contro altro detenuto	13	5	4	2	52
Aggressioni contro operatore	6	13	3	2	45
Aggressioni subite	7	4	2	2	35
Danneggiamenti	3	3	1	0	7
Gesti autolesivi	22	22	12	6	65
Tentativi di suicidio	3	2	2	1	5
totale	54	49	24	13	209
Rapporto tra nr degli eventi e nr dei detenuti	0,07	0,63	0,58	0,03	1,25

Tabella 11: Gruppo dei Nuovi Giunti: frequenza dei disturbi di asse I suddivisi per tipo di disturbo e per tipo di evento critico

Disturbo asse I	aggressioni contro altro detenuto	aggressioni contro operatore	Aggressioni subite da pazienti	Danneggiamenti provocati da pazienti	gesti autolesivi	tentato suicidio
EDM	7	3	3	2	13	2
Distimia attuale	0	0	0	0	0	0
Rischio suicidio	5	3	2	2	12	2
Ep maniacale	1	1	1	1	4	1
Ep ipomaniacale	4	1	1	1	6	1
Dist panico	2	2	0	0	9	1
Agorafobia	1	0	0	0	6	1
Fobia soc	2	1	1	2	3	1
DOC	0	0	0	0	1	1
PTSD	0	0	0	0	0	0
Dip/abuso alcool	6	1	3	2	8	2
Dip/abuso sostanze	11	5	3	3	17	2
Dist psicotico	1	1	0	2	7	1
Anoressia nerv	0	0	0	0	0	0
Bulimia nerv	0	0	0	0	0	0
GAD	2	1	0	1	5	1
Antisoc	3	3	0	1	7	1
Esplosiv	1	0	0	0	3	0

Cleptomania	1	0	1	1	2	1
Piromania	0	0	0	0	0	0
Gioca d'azzardo	1	0	1	1	3	1
Tricotillomania	0	0	0	0	1	0
ciclotimico	5	1	2	2	6	1

Tabella 12: Gruppo Seguiti: numero dei disturbi di asse I suddivisi per tipo di disturbo e per tipo di evento critico

Disturbo asse I	aggressioni contro altro detenuto	aggressioni contro operatore	Aggressioni subite da pazienti	Danneggiamenti provocati da pazienti	gesti autolesivi	tentato suicidio
EDM	3	7	2	2	15	1
Distimia attuale	0	0	0	0	0	0
Rischio suicidio	2	4	1	3	2	1
Ep maniacale	0	0	0	1	4	0
Ep ipomaniacale	3	4	1	1	6	1
Dist panico	1	2	0	0	5	0
Agorafobia	1	1	0	0	4	0
Fobia soc	0	1	1	1	3	1
DOC	0	0	0	0	1	1
PTSD	0	0	0	0	0	0
Dip/abuso alcool	3	3	1	2	12	0
Dip/abuso sostanze	5	9	2	2	15	2
Dist psicotico	0	1	0	0	5	2
Anoressia nerv	0	0	0	0	0	0
Bulimia nerv	0	0	0	0	0	0
GAD	0	5	0	0	4	1
Antisoc	2	8	0	1	12	0
Esplosiv	1	1	0	0	3	0
Cleptomania	1	1	1	2	2	1
Piromania	0	0	0	0	0	0
Gioco d'azzardo	2	1	2	1	1	1
Tricotillomania	0	0	0	0	1	0
ciclotimico	2	1	1	1	4	1

Dalle tabelle 11 e 12 emerge che la frequenza più elevata di tutti gli eventi critici sia nel gruppo dei Nuovi Giunti, sia nel gruppo dei Seguiti si accompagna pressochè sempre alla diagnosi di dipendenza abuso di sostanze.

Tabella 13: Gruppo dei Nuovi Giunti: frequenza dei disturbi di asse II suddivisi per tipo di disturbo e per tipo di evento critico

Disturbo asse II	aggressioni contro altro detenuto	aggressioni contro operatore	Aggressioni subite da pazienti	Danneggiamenti provocati da pazienti	gesti autolesivi	tentato suicidio
Evitante	0	1	0	0	2	1
Dipendente	0	0	0	0	0	0
Ossess comp	0	1	0	0	1	0
Oppositivo	0	1	0	0	3	0
Depressivo	0	0	0	0	1	0
Paranoide	0	3	0	0	4	1
Schizotipico	0	1	0	0	1	0
Schizoide	0	1	0	0	2	0
Istrionico	0	1	0	0	1	0
Narcisist	0	1	0	0	2	0
Borderline	4	2	1	1	4	2

Tabella 14: Gruppo Seguiti: numero dei disturbi di asse II suddivisi per tipo di disturbo e per tipo di evento critico

Disturbo asse II	aggressioni contro altro detenuto	aggressioni contro operatore	Aggressioni subite da pazienti	Danneggiamenti provocati da pazienti	gesti autolesivi	tentato suicidio
Evitante	0	1	0	0	2	1
Dipendente	0	1	0	0	0	0
Ossess comp	0	1	0	0	1	0
Oppositivo	0	1	0	1	4	0
Depressivo	0	0	0	0	1	0
Paranoide	0	3	0	0	4	1
Schizotipico	0	1	0	0	1	0
Schizoide	0	1	0	0	2	0
Istrionico	0	2	0	0	1	0
Narcisist	0	1	0	0	3	0
Borderline	4	5	1	2	6	2

Dalle tabelle 13 e 14 emerge che la frequenza più elevata degli eventi critici sia nel gruppo dei Nuovi Giunti, sia nel gruppo dei Seguiti si accompagna pressochè sempre alla diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Tabella 15: Gruppo NoMINI: numero dei detenuti del gruppo NoMINI che hanno attuato eventi critici suddivisi per il tipo e per la frequenza dell'evento critico

freq. Eventi	aggressioni contro altro detenuto	aggressioni contro operatore	Aggressioni subite da pazienti	Danneggiamenti provocati da pazienti	gesti autolesivi	tentato suicidio
1	2	2	2		4	1
2					1	
3						

4						
5						
6						
7						
36					1	

Tabella 16: Gruppo Extra: numero dei detenuti del gruppo Extra che hanno attuato eventi critici suddivisi per il tipo e per la frequenza dell'evento critico

freq. Eventi	aggressioni contro altro detenuto	aggressioni contro operatore	Aggressioni subite da pazienti	Danneggiamenti provocati da pazienti	gesti autolesivi	tentato suicidio
1	50	33	33	7	51	5
2	1	6	1		3	
3		5			6	
4			1		1	
5	1				2	
6					1	
7		1			1	

Il gruppo Extra è composto dai **167** soggetti detenuti nel NCP di Sollicciano che risultano non essere Nuovi Giunti, né Seguiti, né ovviamente pazienti in osservazione in OPG, ma che hanno messo in atto eventi critici nel periodo preso in esame, senza avere mai avuto contatti con il Servizio Psichiatrico (non sono Seguiti), né essere mai stati valutati come Nuovi Giunti. Essi fanno parte dei detenuti che erano già presenti in carcere all'epoca dell'inizio della ricerca e che non erano allora né sono stati poi seguiti dai servizi, ma che hanno attuato degli eventi critici. Quali sono stati i motivi per cui queste persone hanno attuato eventi critici con frequenza più elevata di tutti gli altri gruppi? Perché i loro gesti autolesivi non hanno portato alla segnalazione ai servizi specialistici? Come erano risultati alla indagine attuata al loro ingresso? Queste domande restano senza risposta.

c) prevalenza della patologia psichiatrica

Dei **780** Nuovi Giunti, **468** hanno accettato la somministrazione dei questionari, mentre **312** hanno rifiutato o sono usciti rapidamente dal carcere per cui non è stato possibile valutarli; la consistenza del gruppo esaminato ne assicura la rappresentatività rispetto al gruppo dei Nuovi Giunti nel loro complesso.

Tutti i 120 detenuti Seguiti dai Servizi psichiatrico - psicologico nel NCPS hanno accettato di sottoporsi all'indagine, indipendentemente dall'età, dal sesso e dalla nazionalità, il che sta verosimilmente ad indicare che tra servizi psichiatrici - psicologici e la loro utenza si era creato un rapporto di fiducia, il quale si era esteso dagli operatori psichiatrici anche ai ricercatori.

I detenuti in osservazione psichiatrica in OPG a cui è stato chiesto il consenso all'indagine sono stati **78**, di cui **14** hanno rifiutato di sottoporsi ai questionari, che perciò sono stati somministrati solo a **64** soggetti. A **25** di essi è stata somministrata anche la SCID II, mentre agli altri **39** essa non è stata somministrata perché si trattava di soggetti psicotici al momento della valutazione o perché presentavano disturbi neurologici ed un deficit cognitivo, tali da inficiare le risposte ai quesiti (1

presentava una diagnosi di epilessia, 1 un QI basso, a tutti gli altri non è stata somministrata la SCID-II perché psicotici). Una riduzione così drastica del numero degli indagati e soprattutto il fatto che siano stati esclusi tutti gli psicotici impediscono di inferire da questa parte della indagine con SCID dati sulla totalità degli osservandi.

In sintesi

MINI modificato è stato somministrato a:

- 468 su 780 Nuovi Giunti nel NCP-S (312 hanno rifiutato il consenso all'indagine),
- 117 su 120 persone seguite dal Servizio psichiatrico del NCP-S (3 persone presentavano associati disturbi cognitivi ed epilessia per cui non è stato somministrato loro SCID-II); **41** di essi erano già inclusi ed esaminati nel gruppo dei Nuovi Giunti,
- 64 su 78 persone in osservazione in OPG-MF (14 hanno rifiutato il consenso ai test).

SCID-II è stato somministrato a:

- 117 su 120 seguiti dal Servizio Psichiatrico del NCP-S (3 persone avevano espresso il consenso, ma presentavano associati disturbi cognitivi ed epilessia per cui non è stato somministrato loro SCID-II) e
- 25 persone su 78 in osservazione in OPG-MF (14 persone hanno rifiutato il consenso ed altre 39 presentavano disturbi psicotici o neurologici e deficit cognitivo tali da inficiare le eventuali risposte ai test).

Tabella 17: disturbi rilevati nei vari gruppi con MINI-modificato

	Detenuti a Sollicciano complianti all'indagine (N=547)		Nuovi Giunti complianti all'indagine (N=470)		Seguiti (N=120)		Osservandi in OPG (N=64)	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Disturbo								
GAD	78	14,2	56	11,9	32	26,6	4	6,2
Dist Panico	79	14,4	66	14	35	29,1	22	34,3
Fobia sociale	15	2,7	14	2,9	6	5	4	6,2
Agorafobia	49	8,9	42	8,9	5	4,1	7	10,9
PTSD	8	1,4	7	1,4	2	1,6	1	1,5
DOC	7	1,2	5	1	4	3,3	4	6,2
Dip./abuso alcol	65	11,8	51	10,8	29	24,1	11	17,1
Dip att alcol	52	9,5	38	8	26	21,6	11	17,1
Abuso att alcol	13	2,3	13	2,7	3	2,5	0	0
Dip./abuso sostanze	234	42,7	202	42,9	53	44,1	17	26,5
Dip att sost	222	40,5	190	40,4	51	42,5	16	25
Abuso att sost	12	2,1	12	2,5	2	1,6	1	1,5
Distimia attuale	1	0,1	1	0,2	1	0,8	3	4,6
Ep ipomaniacale	47	8,5	30	6,3	25	20,8	11	17,1
Ep maniacale	16	2,9	16	3,4	7	5,8	26	40,6
EDM	163	29,7	117	24,8	73	60,8	42	65,6
dist ciclotimico	33	6	23	4,8	14	11,6	1	1,5
disturbi psicotici	23	4,2	19	4	10	8,3	37	57,8
bulimia nervosa	0	0	0	0	0	0	0	0
anoressia nervosa	0	0	0	0	0	0	0	0
d antisociale di pers	106	19,3	74	15,7	51	42,5	32	50
gioco d'azzardo	19	3,4	18	3,8	3	2,5	0	0
Piromania	1	0,1	0	0	1	0,8	0	0
Cleptomania	13	2,3	12	2,5	3	2,5	0	0

d. esplosivo interm	15	2,7	13	2,7	6	5	1	1,5
Tricotillomania	2	0,3	2	0,4	2	1,6	0	0

Sono ben 547 i detenuti a Sollicciano complianti alla indagine (tabella 17); essi costituiscono il gruppo più ampio di detenuti di cui veniamo a conoscere le condizioni cliniche psichiatriche di Asse-I. Tale gruppo presentava più frequentemente, per ordine decrescente, la dipendenza attuale da sostanze (40,5%), l'episodio depressivo maggiore (29,7%), il disturbo antisociale di personalità (19,3%), il disturbo di panico (14,4%) e il disturbo d'ansia generalizzato (14,2%). I disturbi psicotici erano presenti nel 4,2% del gruppo.

I Nuovi Giunti differivano modestamente dal precedente e più ampio gruppo: meno frequenti erano l'EDM (da 29,7 a 24,8) ed il disturbo di personalità antisociale (da 19,3 a 15,7), mentre gli altri disturbi presentavano differenze minime. I disturbi psicotici erano presenti nel 4%.

Più consistenti invece erano le differenze presentate dal gruppo dei detenuti Seguiti dai servizi psichiatrico - psicologico, come del resto è logico aspettarsi, trattandosi di detenuti per i quali era stata necessaria una presa in carico specialistica.

La dipendenza da abuso di sostanze risultava ancora più rappresentata che nei gruppi precedenti (da 42,9 a 44,1), ma era superata in frequenza dall'EDM (60,8%). Il disturbo di personalità antisociale era presente nel 42,5% ed il disturbo di panico nel 29,1%. Seguivano in ordine decrescente il GAD (26,6%), la dipendenza attuale da alcool (21,6) e gli episodi ipomaniacali (20,8%).

La frequenza dei disturbi psicotici raddoppiava in questo gruppo rispetto ai precedenti (da 4,2%-4% a 8,3%).

Rispetto al gruppo dei Seguiti, il gruppo degli Osservandi in OPG presentava in misura consistentemente ridotta le frequenze delle dipendenze attuali da sostanze, del disturbo ciclotimico e del GAD. Invece sia i disturbi psicotici, sia gli episodi maniacali aumentavano di frequenza di ben 6 - 7 volte; l'agorafobia e il DOC erano circa raddoppiati, il disturbo di panico e la fobia sociale aumentavano in misura modesta; anche l'EDM era presente in misura ulteriormente aumentata (da 60,8% a 65,6%) e restava il disturbo più frequente.

In sintesi il gruppo più ampio, rappresentativo della popolazione carceraria di Sollicciano formata sia da uomini sia da donne, sia dai Nuovi Giunti sia dai Seguiti, presentava prevalenze di disturbi più elevate di quelle che si riscontrano nella popolazione generale italiana rilevata con la indagine ESEMED - WMH (de Girolamo et al, 2004b).

Tabella 18:

Indagine ESEMED: Prevalenza dei disturbi mentali in Italia (percentuali pesate ed intervalli di confidenza)

	Prevalenza a 12 mesi		
	% (IC 95%)		
	maschi	femmine	totale
Ogni disturbo mentale	3,9 (2,6-5,3)	10,4 (8,2- 3,0)	7,3 (6,0-8,6)
Ogni disturbo affettivo	2,0 (1,3-2,6)	4,8 (3,9-5,8)	3,5 (2,9-4,0)
Ogni disturbo d'ansia	2,2 (1,0-3,4)	7,8 (6,1-9,6)	5,1 (4,0-6,3)
Ogni disturbo da alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)
Depressione maggiore	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5,0)	3,0 (2,6-3,4)
Distimia	0,7 (0,3-1,1)	1,3 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)
Ansia generalizzata	0,1 (0,0-0,2)	0,9 (0,4-1,4)	0,5 (0,3-0,8)
Fobia sociale	0,6 (0,2-1,1)	1,4 (0,7-2,1)	1,0 (0,6-1,5)
Fobia specifica	0,5 (0,2-0,9)	4,6 (2,9-6,4)	2,7 (1,7-3,6)
DPTS	0,7 (0,0-1,7)	0,9 (0,2-1,5)	0,8 (0,2-1,4)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,2)	0,7 (0,3-1,1)	0,4 (0,2-0,6)
Disturbo da panico	0,3 (0,1-0,5)	0,9 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,8)
Abuso di alcool	0,2 (0,0-0,5)	0	0,1 (0,0-0,2)
Dipendenza da alcool	0	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)

Nel confronto con i risultati di ESEMED va tenuto presente che ESEMED non ha indagato i disturbi psicotici e che diversi aspetti sarebbero da bilanciare per arrivare ad un confronto corretto: infatti le composizioni per nazionalità e per età della popolazione carceraria di Sollicciano differiscono molto da quelle della popolazione italiana.

Nel carcere di Sollicciano i disturbi psichici sono stati riscontrati in misura tale da autorizzare a parlarne come di una misconosciuta struttura psichiatrica e per tossicodipendenti? Questa domanda verrà ripresa nel capitolo della discussione dei risultati.

All'atto della presa in carico psichiatri e psicologi ovviamente hanno selezionato detenuti verosimilmente in base ad un criterio di gravità della sofferenza psichica, in particolare dalla tabella 10 si evince che ciò ha riguardato l'abuso e la dipendenza da alcol (in minor misura l'abuso e la dipendenza da altre sostanze), i disturbi psicotici, quelli dell'umore e nevrotici (con l'eccezione dell'agorafobia).

Con l'invio dal carcere alla osservazione in OPG venivano selezionati ulteriormente casi psicotici, disturbi dell'umore - ma non gli ipomaniacali ed i disturbi ciclotimici - e alcuni disturbi d'ansia, mentre gli abusi e le dipendenze da alcol e sostanze hanno avuto una selezione negativa, nel senso che non sono stati inviati in OPG.

Il disturbo antisociale di personalità era rappresentato in percentuale via via crescente nei gruppi più selezionati.

Viene spesso ipotizzato o affermato che i comportamenti osservati negli istituti di pena siano conseguenti a discontrollo degli impulsi; per avere una misura clinica del livello di tale fenomeno - come detto nel capitolo sui metodi adottati nello studio - sono stati aggiunti a MINI i criteri diagnostici del DSM-IV per i Disturbi del Controllo degli Impulsi (Disturbo Esplosivo Intermittente, Cleptomania, Gioco d'Azzardo Patologico, Tricotillomania). Ad essere precisi questo insieme di diagnosi viene denominato dal DSM-IV "Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove" e la psicopatologia mette in rilievo che il discontrollo degli impulsi si riscontra in molti altri disturbi: schizofrenie, maniacalità, disturbo borderline e disturbo antisociale di personalità, abuso e dipendenza da alcol e da sostanze, depressione, disturbo post-traumatico da stress, disturbi mentali organici e raramente in talune forme nevrotiche. Il significato delle prevalenze riscontrate è quindi limitato allo specifico ambito dei disturbi in sé, non è identificabile con il più vasto ambito del discontrollo degli impulsi.

La prevalenza del gioco d'azzardo patologico nella popolazione generale è di 1-3%. Nel gruppo dei detenuti complianti alla indagine è risultata presente nel 3,4% e nel gruppo dei Nuovi Giunti è risultata del 3,8%, quindi piuttosto elevata, ma era presente nel 2,5% dei Seguiti e 0 negli Osservandi, ad indicare che il gioco d'azzardo patologico era ritenuto motivo di una presa in carico limitata da parte dei servizi psichiatrico - psicologico.

La cleptomania un tempo era considerata rara nella popolazione generale, mentre oggi i ricercatori ritengono che possa essere più comune di quanto prima si pensasse; nei gruppi esaminati a Sollicciano variava tra 2,3 e 2,5%.

Per la tricotillomania non esistono dati di prevalenza attendibili, ma si ritiene che il 4% della popolazione soffra di tricotillomania. Nel carcere di Sollicciano è risultata presente in una percentuale tra il 0,3 e 1,6% a seconda del gruppo.

La piromania sembra essere molto rara nella popolazione generale ed anche i dati riscontrati a Sollicciano sono molto bassi.

Disturbo esplosivo intermittente è stato riscontrato nel 2,7% dei Nuovi Giunti, nel 5% dei Seguiti e nel 1,5% degli Osservandi. **Segnaliamo che** secondo Gelder, Mayou e Cowen (2001) si tratta di una entità nosologica messa in discussione da molti psichiatri.

Il Disturbo di Personalità Antisociale, unico disturbo di personalità indagato anche nei Nuovi Giunti, è invece risultato presente in misura elevata (dal 19,3 del gruppo più allargato, al 15,7 dei Nuovi Giunti, al 42% dei Seguiti fino al 50% degli Osservandi in OPG); esso è rilevato nel 1,9%

della popolazione generale, quindi si può dire che il presentare questo tipo di disturbo è un notevole fattore di rischio per l'incarcerazione.

I disturbi di personalità, rilevati con la somministrazione di SCID-II, e il disturbo di personalità antisociale già rilevato con MINI, sono presentati nella **tabella 19**.

Tabella 19: disturbi di asse II (percentuali)

	Seguiti (N=117)	OPG (N=25)
Evitante	6,8	12
Dipendente	4,2	0
Ossessivo compulsivo	12,8	24
Oppositivo	12,8	12
Depressivo	5,9	16
Paranoide	19,6	12
Schizotipico	9,4	0
Schizoide	6,8	8
Istrionico	5,1	0
Narcisistico	9,4	4
Borderline	52,9	52
Antisociale	43,5	50 ^

^ la base è costituita dal totale dei 64 Osservandi sottoposti a MINI.

Come sottolineato nel capitolo sui metodi **della ricerca**, solo 25 pazienti degli Osservandi in OPG hanno ricevuto SCID-II, essendo stati ritenuti gli altri 39 non in grado di rispondere correttamente in quanto psicotici. Il ASpD è stato invece valutato tramite MINI sul totale degli Osservandi in OPG.

23 maschi e 11 donne su 117 soggetti Seguiti non presentavano alcun disturbo di personalità, che invece risultavano presenti nei restanti 83 soggetti, con maggiore frequenza (75,5%) nel sesso maschile (N=71) rispetto alle donne (N=10; 47,6%); va aggiunta la presenza di 2 persone transgender con disturbi di personalità, che costituivano il 100% del proprio gruppo. Sia tra i Seguiti, sia tra gli Osservandi i disturbi di personalità più frequenti sono i BPD (52%) e appena un po' meno i AsPD (43 – 50%). Nel gruppo dei Seguiti i disturbi sono stati riscontrati in ordine di frequenza decrescente come segue: il disturbo borderline (52,9%), il disturbo antisociale (43,5%), il disturbo paranoide (19,6%), il disturbo ossessivo compulsivo e quello oppositivo (12,8%), seguiti dallo schizotipico e narcisistico (9,4%), dallo schizoide e dall'evitante (6,8%), dal depressivo (5,9%), istrionico (5,1%) e dipendente (4,2%).

Nella popolazione generale i disturbi di personalità presentano una prevalenza che varia dallo 0,4% del disturbo schizoide allo 2% del disturbo istrionico (Gelder, Mayou e Cowen, 2001). La enorme differenza tra prevalenza dei disturbi di personalità nella popolazione generale e nella popolazione carceraria dà la misura del rischio di essere incarcerato che è associato ai disturbi di personalità. I detenuti di nazionalità italiana presentavano almeno 1 disturbo di personalità con la stessa frequenza (70%) dei detenuti di altra nazionalità (71%).

Oltre che con la frequenza nella popolazione generale sarebbe interessante poter confrontare queste prevalenze anche con quelle degli utenti dei servizi di salute mentale territoriali e residenziali italiani e di istituzioni carcerarie di altri Stati. Nella discussione verranno presentati i confronti tra condizioni cliniche dei detenuti a Sollicciano, quelle degli ospiti delle SR psichiatriche italiane (de Girolamo et al, 2004) e di carceri di altri Stati (Coid, 2008).

Tabella 20:
percentuali

Uomini

Donne

Trans

	Nuovi Giunti	Seguiti	Osservandi OPG		Nuove Giunte	Seguite		Seguiti/e
NO Dip/abuso alcol	88,3	76,5	82,8		93,7	71,4		50
dipendenza attuale alcol	8,4	20,2	17,1		6,2	28,5		50
abuso attuale alcol	3,2	3,1	0		0	0		0
Dip./abuso alcol	100	100	100		100	100		100
NO Dip/ abuso sostanze	55,1	55,3	73,4		70,3	57,1		0
dipendenza attuale da sost	41,8	42,5	25		29,6	42,8		100
abuso attuale di sost	2,9	2,1	1,5		0	0		0
Dip./abuso sostanze	100	100	100		100	100		100

Come abbiamo già visto nella **tabella 17** le dipendenze sono molto più frequenti degli abusi da sostanze e da alcol.

La **tabella 20** mostra le differenze per sesso e gruppo esaminato. La Dipendenza attuale da Sostanze era presente nel 41,8% dei Nuovi Giunti uomini, ma solo nel 29,6% delle donne, mentre nel gruppo dei Seguiti la frequenza della dipendenza attuale da sostanze era elevata (42,5-42,8%) in entrambi i sessi.

La dipendenza attuale da Alcol è stata rilevata nel gruppo dei Nuovi Giunti con prevalenze poco differenti tra uomini (8,4%) e donne (6,2%), mentre era più frequente tra le donne seguite (28,5%), che tra gli uomini seguiti (20,2%). (**tabella 20**). La indagine ESEMED ha rilevato prevalenze di dipendenza e abuso da alcol molto basse nella popolazione italiana.

Vale la pena segnalare quanto riferito dai ricercatori, che mentre nei Nuovi Giunti la dipendenza e l'abuso di sostanze in generale erano quasi sempre un dato attuale, proprio perché i soggetti erano in genere appena giunti in Istituto e non avevano nessuna difficoltà a segnalare questa condizione, richiedendo anzi immediatamente un aiuto sostitutivo per evitare l'astinenza, nei pazienti seguiti, che avevano in genere già ultimato un percorso di disintossicazione, questo era un dato per lo più anamnestico.

Tabella **21**:

percentuali	Italiana			nordafricana			esteseuropea			altra			tot		
	NG	S	OPG	NG	S	OPG	NG	S	OPG	NG	S	OPG	NG	S	OPG
NO Dip/abuso alcol	58,4	78,2	87,1	36,4	60,8	75	81	71,4	66,6	84	87,5	100	57,2	75	82,8
dipendenza attuale alcol	38	19	6,4	61	35	25	19	29	33	16	13	0	40	22	17
abuso attuale alcol	3,6	2,5	0	2,8	4,3	0	0	0	0	0	0	0	2,5	2,5	0
Dip./abuso alcol	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
NO Dip/ abuso sostanze	58,1	58,9	79,4	36,1	21,7	55	81	85,7	100	84	75	100	57	54,3	73,4
dipendenza attuale da sost	38	40	18	61	74	45	19	14	0	16	25	0	40	44	25
abuso attuale di sost	3,6	1,2	2,5	2,9	4,3	0	0	0	0	0	0	0	2,5	1,7	1,5

Dip./abuso sostanze	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
---------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

L'insieme delle nazionalità nordafricane presentava la frequenza maggiore sia per la dipendenza attuale da sostanze, sia per la dipendenza attuale da alcol, seguito dalla nazionalità italiana. Per la dipendenza dall'alcol anche l'insieme delle nazionalità esteropee mostrava frequenze elevate (tabella 21).

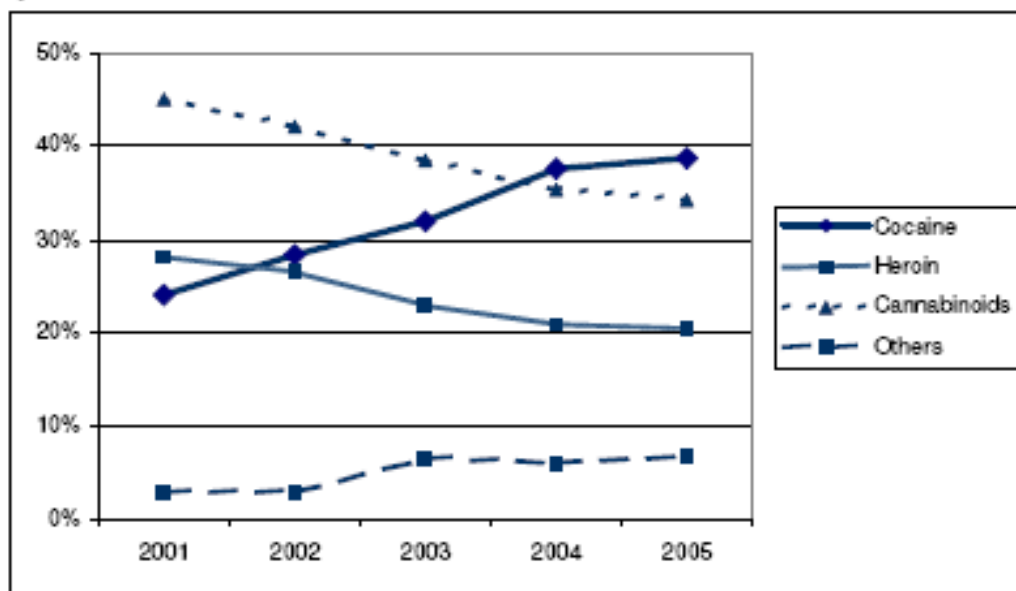
Tabella 22: Numero di casi di dipendenza attuale per tipo di sostanza nei gruppi esaminati (Nuovi Giunti, Seguiti e Osservandi)

Sostanze	eroina EV	eroina inalata	coca EV	coca inal.	farmaci	ecstasy	cann.	+ di una
	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)
Nuovi Giunti (N=470)	48 (10,2)	47 (9,7)	5 (1)	46 (9,7)	4 (0,8)	0	5 (1)	35 (7,4)
Seguiti (N=120)	18 (15)	2 (1,6)		2 (1,6)		1 (0,8)	2 (1,6)	7 (5,8)
Osservandi (N=64)	1 (1,5)		1 (1,5)	3 (4,6)				5 (7,8)

Il tipo di sostanza più usata era l'eroina e.v. nei gruppi dei Nuovi Giunti e dei Seguiti, mentre era il poliabuso negli Osservandi; nei Nuovi Giunti molto frequente era anche la dipendenza dalla eroina inalata, dalla cocaina inalata e da molteplici sostanze.

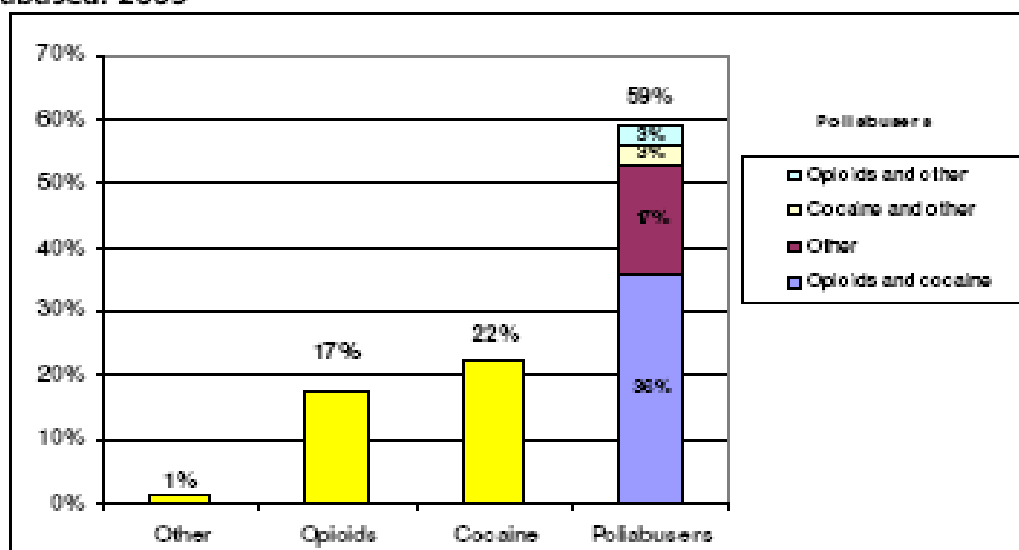
E' verosimile che la situazione rappresentata nella tabella 22, che si riferisce al periodo 2001-2002, sia cambiata nel corso degli anni successivi seguendo i trend segnalati dal "2006 NATIONAL REPORT (2005 data) TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point "ITALY" New Development, Trends and in-depth information on selected issues", rappresentati nei grafici seguenti ricavati da quel report. Soprattutto l'emergere del poliabuso di sostanze sia illecite sia lecite costituisce il fenomeno emergente e sempre più preoccupante. Esso era già piuttosto consistente anche a Sollicciano nel periodo della indagine qui presentata.

Graph 12.21 - Percentage distribution of charges (under art. 73 and 74) filed in Italy, by substance. 2001-2005.



Based on data from the Interior Ministry—DCSA (updated January 31 of each year)

Graph 8.10: Percentage distribution of drug-addicted prisoners according to substance abused. 2005



Based on data from the Justice Ministry—Department of Penitentiary Administration

La Dipendenza/Abuso d'Alcool, era maggiormente frequente nei soggetti di sesso maschile (47 rispetto a 4 donne), con una pressoché uguale distribuzione fra i soggetti di nazionalità italiana rispetto ai nordafricani (rispettivamente 91 ed 89), bassa nei soggetti di altra nazionalità (solo 16 soggetti dell'est-Europa).

La Dipendenza/Abuso di sostanze vede una maggiormente netta frequenza del sesso maschile (N=181) rispetto alle donne (N=19), con uguale distribuzione fra gli italiani e i nordafricani (rispettivamente N=92 ed N=90). Il poliabuso di sostanze è molto rappresentato (N=37), le sostanze più usate sono l'eroine e.v. (N=47) o inalata (N=46) e la cocaina (N=52).

Rischio di suicidio

Nel periodo della indagine nel carcere di Sollicciano non si sono verificati suicidi, mentre, come abbiamo riferito, si sono verificati 10 tentativi di suicidi da parte di 9 detenuti e 203 gesti autolesivi da parte di 103 detenuti. Il fenomeno suicidale è purtroppo grave nelle carceri e quindi deve essere oggetto di particolare attenzione e studio. La applicazione di MINI ha consentito di quantificare il rischio suicidale nei gruppi esaminati, ma al fine di comprendere al meglio i risultati è necessario segnalare quanto le linee guida NICE (2004) affermano in proposito all'assessment del rischio suicidale

8.8.1.9 Tutte le persone che si sono autolese dovrebbero essere valutate per il rischio; questo assessment dovrebbe includere l'identificazione dei principali aspetti clinici e demografici conosciuti in come correlati con il rischio di ulteriori autolesioni e/o di suicidio, e l'identificazione delle caratteristiche psicologiche chiave associate con il rischio, in particolare depressione, disperazione e continuo intento suicidale. (C)

8.8.1.10 omissis

8.8.1.11 Se viene usata una scala standardizzata della valutazione del rischio, essa dovrebbe essere usata solo per aiutare nell'identificare le persone ad alto rischio di ripetizione di autolesione o di suicidio. (C)

8.8.1.12 Le scale standardizzate di assessment del rischio non dovrebbero essere usate come mezzo per identificare gli utenti a supposto basso rischio a cui poi non offrire i servizi. (C)

Ovviamente lo strumento MINI nel contesto della indagine qui presentata era stato applicato a scopo di ricerca, non come assessment clinico per avviare un intervento psicosociale o terapeutico eventualmente necessario; inoltre risulta che 6 delle 103 persone che si erano autolesse e 1 delle 8 che avevano attuato un TS non hanno aderito alla indagine (gruppo No-MINI) e che ad altre 65 delle persone che hanno attuato gesti autolesivi ed a 5 di coloro che hanno attuato un TS la indagine non è stata neppure proposta (gruppo Extra), pertanto tutti costoro non hanno ricevuto MINI. Si vuole sottolineare che per tutti questi motivi i risultati presentati sul rischio di suicidio non sono esaustivi.

Tabella 23: rischio di suicidio nei gruppi esaminati

	Detenuti complianti alla indagine (N=547)		Nuovi Giunti complianti alla indagine (N=470)		Seguiti (N=120)		osservandi in OPG (N=64)	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
No	465	85	412	87,6	76	63,3	32	50
Si								
Basso	15	2,7	12	2,5	4	3,3	3	4,6
Media	18	3,2	12	2,5	10	8,3	4	6,2
Alto	4	0,7	3	0,6	2	1,6		
precedente TS	45	8,2	31	6,5	25	20,8	25	39

Il rischio di suicidio è risultato molto frequente (50%) tra gli Osservandi in OPG, mediamente tra i Seguiti (36,7%) meno frequente (15%) nell'insieme della popolazione carceraria. In tutti i gruppi il rischio era spiccatamente elevato nelle persone che avevano già attuato un TS in passato. Peraltro a Sollicciano i tentativi di suicidio sono stati più numerosi (N=9) tra i 904 detenuti non Seguiti, che tra i 120 Seguiti (N=2); le percentuali da confrontare sono rispettivamente 1% tra i non Seguiti e 1,6% tra i Seguiti.

Dalla letteratura emerge che la maggior parte dei suicidi avviene nel primo mese di detenzione (11% nelle prime 24 h; 33% nella prima settimana; 47% nel primo mese; il 62% di questi decessi riguardavano utilizzatori problematici di sostanze) (HM Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002; HIPP_Conf_Proceedings.pdf) e per questo motivo anche in Italia è stato organizzato un apposito servizio Nuovi Giunti, che però non afferisce all'Area Sanitaria, ma alla Direzione del Carcere (Fioritti A, 2007).

Tabella 24: correlazioni tra rischio di suicidio e numero di disturbi

n. disturbi	rischio suic.	uomini	donne
0	NO	241	32
1	NO	62	10
	Basso	4	0
	Medio	0	1
	Alto	1	0
	prec. TS c6 sì	4	4
2	NO	26	6
	Basso	4	1
	Medio	1	0
	prec. TS c6 sì	2	0
3	NO	16	6
	Basso	1	0
	Medio	2	0
	Alto	1	0

	prec. TS c6 sì	6	0
4	NO	8	0
	Basso	1	0
	Medio	2	1
	prec. TS c6 sì	3	1
5	Basso	0	1
	Medio	3	0
	prec. TS c6 sì	1	0
6	NO	1	0
	Medio	1	0
	Alto	0	1
	prec. TS c6 sì	6	0
7	NO	2	0
	Medio	1	0
8	NO	1	0
	prec. TS c6 sì	3	0

La tabella 25 presenta le correlazioni tra rischio di suicidio e numero di disturbi di Asse I presenti nei soggetti esaminati con MINI, non quindi con i disturbi di personalità valutati con SCID-II. Il rischio di suicidio sembra assente in soggetti senza disturbi, mentre era presente in 14 su 86 (16,2%) soggetti portatori di un solo disturbo di Asse I, in 8 soggetti su 40 (20%) con due disturbi, in 10 soggetti su 32 (31%) con tre disturbi, in 8 soggetti su 16 (50%) con quattro, in 4 su 5 (80%) con cinque, in 8 su 9 (88,8%) con sei, in 1 su 3 (30%) con sette e in 3 su 4 (75%) con otto. Complessivamente il rischio di suicidio era presente in 44 (40,3%) soggetti con >1 disturbo su 109 con >1 disturbo.

Il rischio di suicidio aumentava quindi con il crescere del numero dei disturbi presentati dal singolo soggetto fino alla compresenza di 6 disturbi; la validità di tali affermazioni andrebbe verificata in quanto i valori assoluti sono molto bassi. Anche dalla tabella 17 risulta evidente la correlazione tra rischio di suicidio e presenza di un TS nella storia del soggetto.

Tabella 25: correlazioni tra rischio di suicidio e dipendenza e abuso di alcol

		Alcool		
		NO	dip. att.	abuso att.
Rischio di suicidio	NO	371	30	10
	basso	10	1	1
	medio	11	1	0
	alto	2	1	0
	prec. TS c6 sì	23	5	2

Il rischio di suicidio era presente in 11 soggetti su 51 (21,5%) che presentavano dipendenza/abuso d'alcool, e fra questi 11 era presente un elevato rischio nei 7 soggetti con pregressi tentativi di suicidio ed era presente in 46 su 417 (11%) che non presentavano dipendenza/abuso d'alcool.

Tabella 26: correlazioni tra rischio di suicidio e dipendenza e abuso da sostanze.

		Sostanze		
		NO	dip. att.	abuso att.
Rischio di suicidio	NO	246	154	11
	basso	5	7	0
	medio	6	5	1
	alto	2	1	0

	prec. TS c6 sì	9	21	0
--	----------------	---	----	---

La dipendenza/abuso di sostanze era in relazione al rischio di suicidio in 35 soggetti sui 200 (17,5%) che presentavano dipendenza o abuso, e si associava ad un rischio elevato nei 21 con pregressi tentativi di suicidio; era presente anche in 22 su 268 (8,2%) persone che non presentavano dipendenza/abuso di sostanze.

Tabella 27: Correlazione del rischio di suicidio con il dist. antisoc. personal.

		d. antisoc	
		NO	SI
Rischio di suicidio	NO	356	55
	basso	10	2
	medio	8	4
	alto	2	1
	prec. TS c6 sì	18	12

Su 74 soggetti con disturbo antisociale di personalità il rischio di suicidio era presente in 19 (25,6%) soggetti, ed in particolare in 12 tale rischio era elevato oltre ad avere in anamnesi pregressi tentativi di suicidio. Il rischio di suicidio era presente anche in 38 persone su 394 (9,6%) che non presentavano disturbo antisociale.

Tabella 28: Correlazione del rischio di suicidio con altri disturbi di personalità (non il dist. antisoc. personal.)

		Rischio di suicidio				
		NO	basso	medio	alto	prec. TS
Disturbi di asse II	0	26	1	2	0	5
	1	23	2	4	1	10
	2	16	0	1	0	6
	3	7	0	1	0	0
	4	0	1	1	1	2
	5	2	0	0	0	2
	6	1	0	0	0	0
	7	0	0	1	0	0
	8	1	0	0	0	0
	Almeno 1	49	3	8	2	20
	2 o +	26	1	4	1	10

La tabella 28 mostra che su 34 soggetti senza disturbi di personalità (a parte il disturbo antisociale) 8 soggetti (23,5) presentano rischio di suicidio, mentre su 82 soggetti con almeno un disturbo 33 (40,2%) soggetti erano a rischio di suicidio e di questi 20 avevano un rischio elevato e una storia di pregressi tentativi di suicidio. Infine su 43 soggetti che presentavano più di 1 disturbo di personalità 16 (37,2%) soggetti presentavano un rischio di suicidio.

La prevalenza di rischio di suicidio non sembra quindi fortemente correlata alla comorbidità di più disturbi di asse II essendo la frequenza quasi eguale tra chi ha un solo disturbo e chi ne ha più di uno.

Comorbidità

La comorbidità rappresenta un aspetto clinico di grande impatto per gli operatori della salute fisica e psichica, in quanto complica notevolmente il lavoro di lettura ed interpretazione della domanda, di definizione degli obiettivi terapeutici in base a criteri di priorità e fattibilità, ecc. Non va sottaciuto che il lavoro clinico in ambito carcerario deve tenere conto anche della problematica criminologica

Dalla tabella 23 emerge che il 52,9% dei soggetti esaminati presentava comorbidità tra disturbi di asse I e II, il 22% una comorbidità interna all'asse I ed il 17,9% una comorbidità interna all'asse II.

Tab 31: Comorbidità tra disturbi di asse I e disturbi di asse II nel gruppo degli Osservandi in OPG

		n. disturbi asse II					tot
		0	1	2	3	4	
n. disturbi di asse I	0	0	2	0	0	0	2
	1	3	1	2	0	0	2
	2	1	2	2	1	1	
	3	1	4	3	0	0	
	4	0	0	1	1	0	
tot		5	6				9

Dalla tabella 24 emerge che il 72% degli Osservandi esaminati con SCIDII presentava comorbidità tra asse I e II, il 20% una comorbidità interna all'asse I e l'8% una comorbidità interna all'asse II.

Poiché i dati relativi al disturbo di personalità antisociale sono stati rilevati con MINI e non con SCIDII, dalle tabelle 30 e 31 mancano i dati di questo disturbo.

La comorbidità tra disturbo antisociale di personalità e disturbi di asse I è rappresentata nelle tabelle seguenti.

Tab 32: comorbidità tra disturbo antisociale di personalità lifetime e disturbi di asse I nel gruppo dei Nuovi Giunti complianti alla indagine

n. disturbi	dist antisoc	Tot	%
0	NO	250	
	SI lifetime	23	4,9
1	NO	73	
	SI lifetime	13	2,7
2	NO	28	
	SI lifetime	12	
3	NO	23	
	SI lifetime	9	
4	NO	9	
	SI lifetime	7	
5	NO	4	
	SI lifetime	1	
6	NO	4	
	SI lifetime	5	
7	NO	2	
	SI lifetime	1	
8	NO	1	
	SI lifetime	3	8,1
Tot		468	

Come precedentemente precisato MINI rileva anche il disturbo antisociale di personalità.

La frequenza del disturbo antisociale di personalità nel gruppo dei Nuovi Giunti è risultata pari a N=74 pari al 15,8% dei 468 soggetti.

La comorbidità di ASPD con i disturbi di asse I nel gruppo dei Nuovi Giunti complianti alla indagine era la seguente: non associato a nessun disturbo in 23 soggetti (4,9% dei NG), in 13

associato ad un solo disturbo di asse I (2,7%), in 12 a due disturbi, in 9 a tre, in 7 a quattro, in 1 a cinque, in 5 a sei, in 1 a sette e in 3 a otto disturbi per un totale di 37 soggetti in cui AsPD si associava con >1 disturbo (8,1%) di asse I.

Tab 33: comorbidità tra disturbo antisociale di personalità lifetime e disturbi di asse I nel gruppo dei Seguiti.

n. disturbi	dist. Antisoc.	tot	%
0	NO	19	
	SI lifetime	10	8,6
1	NO	22	
	SI lifetime	9	7,8
2	NO	7	
	SI lifetime	6	
3	NO	9	
	SI lifetime	10	
4	NO	5	
	SI lifetime	6	
5	NO	2	
	SI lifetime	3	
6	NO	1	
	SI lifetime	3	
7			
		0	
8			
	SI lifetime	3	
>1		31	26,9

La frequenza del disturbo antisociale di personalità nel gruppo dei Seguiti è risultata di N=51 pari a 43,5% dei 117 soggetti. La comorbidità di questo disturbo di asse II ed i disturbi di asse I nel gruppo dei Seguiti è presentata nella tabella 33. In 9 soggetti (7,8%) si è riscontrata comorbidità solo per un disturbo di asse I, in 6 di due, in 10 addirittura di tre disturbi contemporaneamente, in 6 di quattro, in 3 di cinque, in 4 di sei ed in 3 di 8 disturbi di asse I, per un totale di 31 (26,9%) soggetti in cui AsPD si associava con >1 disturbo di asse I.

Tab 34: Comorbidità tra dist. antisoc. di personalità e altri disturbi di asse II nel gruppo dei Seguiti

		Dist antisoc person	
		NO	SI lifetime
Disturbi di asse II	0	26	8
	1	19	21
	2	13	10
	3	5	3
	4	2	3
	5	0	4
	6	1	0
	7	0	1
	8	0	1
		66	

Dalla tabella 34 emerge che solo in 8 (6,8%) soggetti non era presente comorbidità, in 21 (17,9%) il AsPD si associava ad un altro disturbo di asse II, in 10 a due altri disturbi e in 12 era in comorbidità con da tre a otto altri disturbi di asse II; la comorbidità di AsPD e almeno 1 altro disturbo di personalità era presente nel 36,7% del gruppo.

Tab 35: comorbidità tra dist. antisoc. di personal. e altri disturbi di asse II nel gruppo degli Osservandi

		Dist antisoc person	
		NO	SI lifetime
Disturbi di asse II	0	1	4
	1	3	6
	2	6	2
	3	1	1
	4	1	0

Nella tabella 35 si osserva che solo 4 soggetti presentavano il disturbo antisociale non in comorbidità con altri disturbi di asse II, sei associato ad un solo altro disturbo, due a 2 altri disturbi e uno addirittura vedeva la presenza contemporanea di altri tre disturbi di personalità; in totale AsPD era presente nel 36% degli Osservandi esaminati con SCIDII in comorbidità con almeno 1 altro disturbo di personalità.

Particolarmente rilevante sul piano clinico è la situazione di comorbidità tra abuso o dipendenza da alcol o sostanze e i Disturbi di personalità, AsDP in particolare, in quanto l'uso di alcol e sostanze può slatentizzare i tratti antisociali.

Tabella 36: comorbidità tra disturbi di dipendenza / abuso di alcol e disturbi di asse II

n. disturbi asse II	Seguiti			Osservandi	
	NO	dipend. att.	abuso att.	NO	dipend. att.
0	31	3	0	3	2
1	27	12	1	8	1
2	17	6	0	6	2
3	5	2	1	1	1
4	5	0	0	0	1
5	1	2	1	0	0
6	1	0	0	0	0
7	1	0	0	0	0
8	0	1	0	0	0
Tot casi di comorbidità		23	3		5

Tabella 37: comorbidità tra disturbi di dipendenza / abuso di sostanze e disturbi di asse II

n. disturbi	Seguiti (N=117)			Osservandi (N=25)		
	NO	dipend. att.	abuso att.	NO	dipend.	Abuso
0	24	9	1	2	3	0
1	20	20	0	6	2	1
2	11	12	0	4	4	0
3	5	3	0	1	1	0
4	2	3	0	1	0	0

5	1	3	0	0	0	0
6	0	1	0	0	0	0
7	0	0	1	0	0	0
8	1	0	0	0	0	0
Tot casi di comorbidità		42	1		7	1

Le comorbidità fra disturbi di asse II e abuso/dipendenza d'alcool e sostanze sono rappresentate nelle tabelle 36 e 37. Nel gruppo dei seguiti la comorbidità tra disturbi di asse II e la dipendenza da alcool riguarda il 19,6%, mentre quella tra disturbi di asse II e la dipendenza da sostanze riguarda il 35,8%. Nel gruppo degli Osservandi la comorbidità tra disturbi di asse II e la dipendenza da alcool riguarda il 20% mentre quella tra disturbi di asse II e la dipendenza da sostanze riguarda il 28%.

Scarsamente rappresentata è la comorbidità tra disturbi di asse II e abuso di alcool e sostanze.

Tabella 38: comorbidità tra disturbi di dipendenza / abuso di sostanze e singolo disturbo di asse II

Tipo	sostanza	Evitante	tipo	sostanza	Dipendente	tipo	sost	Osses co
NO	nessuna	4	NO	nessuna	1	NO	nessuna	13
dip att	eroina EV	1	dip att	eroina EV	1	dip att	eroina EV	1
dip att	eroina inal.	1	dip att	coca inal	1	dip att	+ di una	1
dip att	+ di una	2	dip att	+ di una	2			

Tipo	sostanza	Opposit	tipo	sost	Depressivo	tipo	sost	Paranoide
NO	nessuna	7	NO	nessuna	4	NO	nessuna	11
dip att	eroina EV	3	dip att	eroina EV	1	dip att	eroina EV	3
dip att	eroina inal	1	dip att	eroina inal	1	dip att	coca EV	1
dip att	coca EV	1	dip att	coca inal	1	dip att	coca inal	1
dip att	canne	1				dip att	+ di una	6
dip att	+ di una	1				abuso att	coca inal	1
Abuso att	coca inal	1						

Tipo	sost	Schizotip	tipo	sost	Schizoide	tipo	sost	Istrionico
NO	nessuna	4	NO	nessuna	4	NO	nessuna	3
dip att	eroina EV	3	dip att	eroina EV	1	dip att	coca EV	1
dip att	coca inal	2	dip att	eroina inal	1	dip att	+ di una	1
dip att	+ di una	1	dip att	coca inal	1	abuso att	coca inal	1
Abuso att	coca inal	1	abuso att	coca inal	1			

Tipo	sostanza	Narcisist	tipo	sost	Borderline
NO	nessuna	4	NO	nessuna	23
dip att	eroina EV	1	dip att	eroina EV	16
dip att	coca EV	1	dip att	eroina inal	4
dip att	coca inal	2	dip att	coca EV	1

dip att	+ di una	2	dip att	coca inal	3
Abuso att	coca inal	1	dip att	canne	3
			dip att	+ di una	11
			abuso att	coca inal	1

Dall'analisi delle correlazioni tra ciascun singolo disturbo di Asse II e la dipendenza / abuso di alcol e sostanza emerge che il borderline era il più frequentemente associato all'uso di sostanze (N=39), seguito dal paranoide (N=12), dall'oppositivo (N=8) e di seguito tutti gli altri; il disturbo borderline era anche quello in cui c'è il maggior numero di sostanze utilizzate. In questa analisi manca il disturbo antisociale di personalità la cui analisi è stata svolta insieme ai disturbi di asse I essendo rilevato con MINI.

Tabella 39: comorbidità tra disturbo antisociale di personalità ed abuso /dipendenza da alcol e sostanze

		Nuovi Giunti (N=468)		Seguiti (N=117)	
		d. antisoc.		d. antisoc	
		NO	SI	NO	SI
		VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)
Alcol	NO	358 (76,4)	59 (12,6)	56 (47,8)	32 (27,3)
	Dipend att	28 (5,9)	10 (2,1)	9 (7,6)	17 (14,5)
	abuso att	8 (1,7)	5 (1)	1 (0,8)	2 (1,7)
Sostanze	NO	236 (50,4)	32 (6,8)	40 (34,1)	24 (20,5)
	dipend att	150 (32)	38 (8,1)	25 (21,3)	26 (22,2)
	abuso att	8 (1,7)	4 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)

Dalla tabella 38 emerge che tale comorbidità era frequente nel gruppo dei dipendenti da sostanze Nuovi Giunti (8,1%) e Seguiti (22,2%) e dei dipendenti da alcol Seguiti (14,5%).

Tabella 40: distribuzione della comorbidità tra abuso/dipendenza da alcol e da sostanze per genere nel gruppo dei Nuovi Giunti

		Sostanze								
		NO			Dipend. attuale			abuso attuale		
		U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot
Alcool	NO	203	44	247	148	16	164	6	0	6
	dipendenza att.	15	1	16	17	3	20	2	0	2
	abuso att.	5	0	5	4	0	4	4	0	4

Tabella 41: distribuzione della comorbidità tra abuso/dipendenza da alcol e da sostanze per genere nel gruppo dei Seguiti

		Sostanze								
		NO			Dipend. attuale			abuso attuale		
		U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot
Alcool	NO	46	12	58	25	3	29	1	0	1

	<i>dipendenza att.</i>	5	0	5	13	6	20	1	0	1
	<i>abuso att.</i>	1	0	1	2	0	2	0	0	0

Tabella 42: comorbidità tra abuso/dipendenza da alcol e da sostanze nel gruppo degli Osservandi

		Sostanze		
		<i>NO</i>	<i>Dipend.</i>	<i>abuso</i>
Alcool	NO	42	10	1
	<i>dipendenza</i>	5	6	0

Esiste inoltre il fenomeno della comorbidità tra abuso/dipendenza da alcol e da sostanze, rappresentato nelle tabelle 40, 41 e 42.

Tabella 43: numero dei disturbi di Asse I in relazione alla nazionalità (italiana vs non italiana) ed al gruppo esaminato

n. disturbi	detenuti complianti all'indagine (N=547)		Nuovi Giunti complianti all'indagine (N=468)		Seguiti (N=120)		Osservandi in OPG (N=64)	
	italiana= 221	non italiana= 324	italiana= 220	non italiana= 250	italiana= 78	non italiana= 38	italiana= 39	non italiana= 25
0	43,8	52,1	43,6	62	24,3	23,6	0	8
1	15,3	21,2	15,4	20,4	19,2	44,7	20,5	28
2	11,7	8,3	11,8	6,8	11,5	10,5	12,8	16
3	12,2	6,7	12,2	3,6	23	2,6	23	24
4	6,7	3,7	6,8	1,6	8,9	10,5	15,3	8
5	0,4	3,7	4,5	2	6,4	0	15,3	8
6	1,3	2,7	1,3	2,8	3,8	5,2	2,5	4
7	1,3	0,9	1,3	0,4	0	0	5,1	0
8	2,2	0,3	2,2	0,4	2,5	2,6	5,1	4
9	0,4	0	0,4	0	0	0	0	0
10	0	0,3	0	0	0	0	0	0

>1	40,7	26,5	40,9	17,6	56,4	31,5	79,4	64
----	------	------	------	------	------	------	------	----

La tabella 43 mostra che la comorbidità rilevata tramite MINI è maggiore tra i detenuti di nazionalità italiana rispetto agli altri in tutti i gruppi esaminati con differenze che appaiono significative; questo fenomeno fa sorgere il sospetto che l'indagine sia stata più difficile tra i non italiani, dai quali cioè può essere stato più difficile ottenere le informazioni rispetto agli italiani.

Tabella 44: numero dei disturbi di Asse I in relazione alla nazionalità ed al gruppo esaminato

	n. disturbi	italiana	nordaficana	europea	mediorientale	esteuropea	Altra
Nuovi Giunti	>1	90	30	2	1	7	3
	%	41	21,4	33,3	20	0,8	21,4
Seguiti	>1	54	11	2		5	1

	%	69,2	47,8	100		71,4	16,6
Osservandi	>1	11	8	1		1	
	%	100	66,6	100		100	

Peraltro la comorbidità per più di un disturbo risulta differenziata anche tra le varie nazionalità non italiane. Poiché i valori assoluti spesso sono molto bassi è opportuno essere cauti nel dedurre conclusioni dalla tabella 44, ma essa sembra mettere in evidenza che l'eventuale difficoltà ad ottenere informazioni dai detenuti non italiani è piuttosto disomogenea.

La doppia diagnosi

Per doppia diagnosi si intende la comorbidità tra un disturbo psichico grave di Asse I e la dipendenza da sostanze o alcol. I dati in nostro possesso distinguono la dipendenza dall'abuso di alcol e di sostanze, non la gravità del disturbo di asse I; presentiamo quindi le frequenze della comorbidità tra dipendenza da alcol e da sostanze e uno o più disturbi di asse I e per genere nei vari sottogruppi esaminati.

Tabella 45: numero di casi con doppia diagnosi nel gruppo dei Nuovi Giunti per numero di disturbi di asse I, per dipendenza da alcol o sostanze e per genere

n° disturbi	alcol		sostanze	
	uomini (N=404)	donne (N=64)	uomini (N=404)	donne (N=64)
	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)
0	17 (4,2)	2 (3,1)	97 (24)	8 (12,5)
1	6 (1,4)	0	25 (6,1)	6 (9,3)
2	4 (0,9)	0	18 (4,4)	2 (3,1)
3	3 (0,7)	1 (1,5)	11 (2,7)	1 (1,5)
4	1 (0,2)	1 (1,5)	6 (1,4)	1 (1,5)
5	0	0	1 (0,2)	1 (1,5)
6	2 (0,4)	0	7 (1,7)	0
7	0	0	1 (0,2)	0
8	1 (0,2)	0	3 (0,7)	0
1 o +	17 (4,2)	2 (3,1)	71 (17,5)	11 (17,1)

Tra i Nuovi Giunti la condizione di doppia diagnosi con dipendenza da sostanze si riscontra nel 17% sia degli uomini sia delle donne, e con dipendenza da alcol nel 3 - 4 % dei soggetti.

Tabella 46: numero di casi con doppia diagnosi nel gruppo dei Seguiti per numero di disturbi di asse I, per dipendenza da alcol o sostanze e per genere

n° disturbi	dipendenza da alcol			dipendenza da sostanze		
	uomini (N=91)	donne (N=21)	trans (N=2)	uomini (N=91)	donne (N=21)	trans (N=2)
	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)	VA (%)
0	3 (3,2)	1 (4,7)	0	12 (13,1)	1 (4,7)	0
1	6 (6,5)	0	1 (50)	13 (14,2)	1 (4,7)	1 (50)
2	2 (2,1)	1 (4,7)	0	3 (3,2)	2 (9,5)	0
3	2 (2,1)	3 (14,2)	0	3 (3,2)	4 (19)	1 (50)
4	1 (1)	1 (4,7)	0	3 (3,2)	1 (4,7)	0
5	2 (2,1)	0	0	2 (2,1)	0	0
6	2 (2,1)	0	0	2 (2,1)	0	0
7	1 (1)	0	0	2 (2,1)	0	0
1 o +	16 (17,5)	5 (23,8)	1 (50)	28 (30,7)	8 (38)	2 (100)

Tra i Seguiti la condizione di doppia diagnosi dipendenti da sostanze si riscontra nel 38% delle donne, nel 28% degli uomini, la condizione di doppia diagnosi con dipendenza da alcol si riscontra nel 23% delle donne e nel 17% degli uomini.

Tabella 47: numero di casi con doppia diagnosi nel gruppo degli Osservandi per numero di disturbi di asse I, per dipendenza da alcol o sostanze

n° disturbi	alcol (N=64)		sostanze (N=64)	
	VA	%	VA	%
0	0	0	1	1,5
1	2	3,1	4	6,2
2	2	3,1	0	0
3	2	3,1	4	6,2
4	2	3,1	3	4,6
5	2	3,1	2	3,1
6	0	0	1	1,5
7	1	1,5	1	1,5
1 o +	11	17,1	15	23,4

Tra gli Osservandi la condizione di doppia diagnosi con dipendenza da sostanze si riscontra nel 23% dei soggetti e la doppia diagnosi con dipendenza da alcol nel 17% dei soggetti.

Discussione

Abbiamo visto nel capitolo precedente quali sono state le prevalenze dei disturbi psichici rilevate nel carcere di Sollicciano; in questo capitolo le confrontiamo con prevalenze desunte dalla letteratura relative a realtà italiane ed inglesi. (tabella 48).

Tabella 48: confronto tra le prevalenze di disturbi psichici di Asse I in diverse carceri

disturbo	Inghilterra e Galles						Solli
	Gunn, Maden, Swinton, 1991	Birmingham, Mason, Grubin, 1996	Singleton et al, 1998				
			% uomini in custodia cautelare	% uomini condannati	% donne in custodia cautelare	% donne condannate	
Dip./abuso alcol							11,8
dip att alcol							9,
abuso att alcol							2,
Dip./abuso sostanze							42,7
dip att sost							40,
abuso att sost							2,
ogni abuso di sostanze	23						
GAD			11	8	11	11	14,2
Dist Panico			6	3	5	4	14,4
Fobia sociale			10	6	18	11	2,7
Agorafobia							8,9
PTSD							1,4
DOC			10	7	12	7	1,2
disturbi d'ansia	6	6	40		68		

disturbi dell'adattamento		3					
disturbi d'ansia e dell'adattamento		9	59	40	76	63	
disturbi misti ansiosi e depressivi			26	19	36	31	
Distimia attuale							0,1
Ep ipomaniacale							8,5
Ep maniaca			1	1	1		2,9
EDM			17	8	21	15	29,7
dist ciclotimico							6
disturbi dell'umore		4					
d psicotici	2	5	9	6	13		4,2
psicosi funzionali			10	7	14		
d antisociale di pers			63	49	31		19,3
gioco d'azzardo							3,4
piromania							0,1
cleptomania							2,3
d. esplosivo interm		1					2,7
tricotillomania							0,3
Almeno un disturbo di personalità	10	7	64		50		70,9
Presenza di almeno un disturbo psichico	37	26					
N	1.769	569	1250	1121	187	584	547
base diversa			184	210	109		

Carrà et al (2004) hanno effettuato una indagine su un campione di detenuti nel carcere di Pavia che è - a nostra conoscenza - l'unico disponibile in Italia prima della indagine qui presentata. Il confronto tra le caratteristiche socio-demografiche del campione di 191 pazienti valutati da Carrà e quello dei 117 seguiti nel presente studio mette in evidenza che quello pavese è costituito da soli uomini mentre a Firenze erano presenti anche 21 donne. Seguite e che gli extracomunitari a Pavia erano il 22% mentre a Firenze erano il 31%; i due studi sono stati effettuati in periodi in cui gli Stati aderenti alla Unione Europea erano gli stessi e quindi i dati "comunitario - extracomunitario" dei due studi sono confrontabili. La conoscenza sia del rapporto tra comunitari ed extracomunitari nella popolazione complessiva transitata nel carcere di Sollicciano, sia della consistenza e attività degli operatori psichiatrici in questo carcere ci permetterebbe di confrontare il fabbisogno psichiatrico della popolazione ristretta in relazione al funzionamento dei servizi; purtroppo invece mancano per Sollicciano le informazioni sulle prestazioni erogate e sulla consistenza del team di operatori. Esistono però delle differenze di metodo tra lo studio di Carrà ed il nostro: Carrà riporta le diagnosi effettuate tramite il colloquio clinico, senza uno strumento standardizzato, ed inoltre il campione indagato è quello dei detenuti inviati dal sanitario del carcere alla attenzione degli psichiatri; un campione cioè corrispondente a quello dei Seguiti di Sollicciano.

Dalla letteratura (Gunn, Maden, Swinton, 1991, Birmingham, Mason, Grubin, 1996, Singleton et al., 1998) è possibile ricavare anche le prevalenze dei disturbi psichici nelle carceri di Inghilterra e Galles; il confronto tra i vari studi deve però tenere presente le specificità metodologiche.

Gunn, Maden, Swinton (1991) riferiscono le prevalenze ad un mese tra 1769 uomini, ricavate attraverso una procedura di consenso per una diagnosi clinica secondo ICD-9 effettuata con un'intervista clinica semistrutturata; i detenuti erano tutti con una condanna definitiva (dati desunti da Carrà, 2006). Il campione era consistente, ma non sappiamo come sia stato selezionato né se sia stato usato uno strumento standardizzato per porre le diagnosi; infine il periodo esaminato è stato breve.

Birmingham, Mason, Grubin (1996), nel loro studio durato sette mesi su 569 detenuti consecutivi di un carcere a cui venivano inviati solo uomini in custodia cautelare, hanno effettuato la valutazione con un'intervista clinica semistrutturata (la stessa validata da Gunn et al, 1991) senza prendere in

considerazione l'abuso di sostanze, come viene evidenziato in tabella 48; hanno invece esaminato il lavoro di screening effettuato all'ingresso in carcere.

Avendo questi due studi adottato lo stesso strumento, i risultati sono confrontabili; la maggiore percentuale di detenuti con almeno un disturbo (37% vs 26) si spiega in base al fatto che il secondo studio non prende in considerazione le dipendenze e gli abusi di sostanze.

Singleton et al (1998) hanno valutato con SCAN-15 un campione randomizzato della popolazione di diverse carceri, composto da 3.142 detenuti di entrambi i sessi, differenziando per sesso e tra detenuti con sentenza definitiva ed in custodia cautelare, come riportato in tabella 48. Il confronto con gli studi precedenti mette in evidenza valori molto più elevati in tutti i gruppi diagnostici - d'ansia, psicotici e di personalità - , che si spiegano per l'uso di strumenti di indagine più sensibili.

Nel campione di Sollicciano le prevalenze sono risultate elevate, come nello studio di Singleton et al (1998), ma la suddivisione riguarda l'essere o meno seguiti da un servizio psichiatrico del carcere, non l'essere in attesa di giudizio o con condanna definitiva, pertanto i confronti possono essere approssimativi. Inoltre le prevalenze di GAD, disturbo di panico, Fobia sociale, Agorafobia, PTSD e DOC rilevate a Sollicciano non sono sommabili tra di loro per calcolare la prevalenza dei disturbi d'ansia, mentre a Pavia e nello studio di Singleton et al (1998) sono state calcolate le prevalenze delle nevrosi nel loro insieme. Anche le prevalenze dei disturbi da uso di sostanze rilevate a Sollicciano non sono sommabili tra loro.

In relazione ai disturbi di personalità lo studio più importante è quello di Fazel e Danesh (2002) che “hanno realizzato la rassegna sistematica più completa di studi sulla prevalenza dei disturbi antisociale, borderline, e altri PD nelle popolazioni carcerarie generali dei paesi occidentali, un lavoro pubblicato a più riprese tra il gennaio del 1966 e il gennaio del 2001. [...] Sono state escluse le indagini che includevano nel loro campione i detenuti inviati per una valutazione psichiatrica, mentre sono state incluse quelle che mettevano in relazione le diagnosi di disturbo di personalità con un comportamento stabile e contemplavano formulazioni diagnostiche affidate a una valutazione clinica o compiute da intervistatori che avessero utilizzato degli strumenti di valutazione diagnostica. [...] Per ridurre la variabilità nella diagnosi di disturbi di personalità sono stati ammessi solo quegli studi che hanno utilizzato strumenti validati. I detenuti sono stati distinti in detenuti in attesa di giudizio (ma sottoposti al regime di custodia preventiva) e condannati. Gli studi che non differenziavano i risultati in base a questa distinzione sono stati accorpati nella fase di analisi sotto la denominazione di “studi misti”. I tassi di prevalenza sono stati derivati cumulativamente da studi differenti sommando direttamente numeratori e denominatori (fornendo delle medie ponderate) e suddividendoli per sesso e status dei detenuti”. (Coid, 2008)

La prevalenza dell'AsPD nei 28 studi esaminati da questi autori riguarda un totale di 13.844 detenuti. Nel complesso il 47% dei detenuti di sesso maschile aveva una diagnosi di ASPD; il 46% dei maschi in attesa di giudizio, il 48% dei maschi condannati, il 20% delle donne in attesa di giudizio, il 21% delle donne condannate. Nonostante l'eterogeneità delle ricerche gli Autori di questi studi concludevano che 1 detenuto su 2 e 1 detenuta su 5 presentavano un quadro di AsPD e quindi la prevalenza di AsPD nella popolazione carceraria USA e UK era almeno dieci volte superiore a quella della popolazione generale di questi paesi.

Singleton et al (1998) hanno campionato 3.000 detenuti dalle popolazioni di tutti gli istituti carcerari dell'Inghilterra e del Galles, cui è stata somministrata una versione screening della SCID-II da parte di intervistatori non professionisti; a caso ad uno su sei di questi 3.000 detenuti è stata somministrata da intervistatori esperti la SCID-II; i risultati sono riportati nella tabella 49.

Tabella 49: confronto tra le prevalenze di disturbi psichici di Asse II in diverse carceri

	Inghilterra e Galles	Sollicciano	Pavia

Studio e strumento di rilevazione	Singleton et al 1998 – SCID-II			MINI x AsPD, SCID-II x gli altri		Carrà et al, 2004; intervista clinica
	% uomini in custodia cautelare	% uomini condannati	% donne detenute	% sui detenuti complianti alla indagine	% seguiti	% sul gruppo indice
evitante	14	7	11		6,8	
dipendente	4	1	5		4,2	
ossessivo comp	7	11	11		12,8	
oppositivo					12,8	
depressivo					5,9	
paranoide	29	20	16		19,6	
schizotipico	2	2	4		9,4	
schizoide	8	6	4		6,8	
istrionico	1	2	4		5,1	
narcisistico	8	7	6		9,4	
borderline	23	14	20		52,9	
antisociale	63	49	31	19,3	43,5	
disturbi di personalità	78	64	50		70,9	20,9
N	181	120	105	547	117	191

Nella tabella 49 sono presentate le percentuali di disturbi di personalità rilevate in alcuni gruppi degli studi di Singleton et al. (1998), Carrà et al (2004) e nella presente indagine. Purtroppo anche in questo caso i gruppi sono selezionati con criteri diversi e diversi sono in parte gli strumenti di valutazione clinica, per cui i confronti sono approssimativi. Se ne ricava l'impressione che l'ordine delle grandezze sia analogo tra quanto trovato da Singleton et al e nella presente indagine, fuorché per gli AsPD e per i Disturbi Borderline, che si presentano con ordine di frequenza invertito tra loro nei due studi.

La ricerca svolta nel carcere di Pavia da Carrà et al (2004) ha esaminato quanto emergeva nel gruppo assistito dai servizi nel lavoro di routine, senza indagare le condizioni di salute mentale nella restante popolazione carceraria; i risultati dovrebbero esser confrontabili con quanto emerge nel gruppo dei Seguiti a Sollicciano, ma lo studio di Carrà non analizzava le comorbidità e non ha indagato i disturbi di personalità nei detenuti affetti da un disturbo di asse I.

Da questi confronti si deduce che le elevate prevalenze riscontrate a Sollicciano non sono eccezionali, ma complessivamente in linea con le realtà inglesi.

Alcuni detenuti che presentano disturbi psichici (i 117 Seguiti) erano presi in carico dai servizi, ma molti di più (468) sono risultati i Nuovi Giunti non Seguiti e di cui conosciamo la patologia. Questi detenuti presentavano dei disturbi psichici, non è detto però che abbiano espresso una domanda di assistenza; comunque se si sono rivolti al servizio sanitario del carcere, esso non li ha indirizzati ad un servizio specialistico psichiatrico – psicologico. Il 42,8% di essi presentava abuso o dipendenza da sostanze, il 24% presentava Episodio Depressivo Maggiore, il 15,7 un AsPD, solo per citare i disturbi più frequenti. E' noto che anche sul territorio non tutti i soggetti disturbati sono in cura, sembra però giusto chiedersi se non sarebbe stato il caso di offrire una possibilità di trattamento a persone con cui i servizi erano a diretto contatto e che se ne potevano avvalere, soprattutto in considerazione del fatto che il mancato trattamento poteva aumentare il rischio di comportamenti reato.

In letteratura si trovano indicazioni (Blaauw e van Marle, 2007) in merito a questo problema.

Non tutti i detenuti con disturbi mentali necessitano di trattamento specialistico psichiatrico. Ricerche (Blaauw et al., 2000) suggeriscono che il bisogno di trasferire detenuti con disturbi mentali per ulteriori assessment e trattamenti è soddisfatto quando 6-12% della popolazione carceraria può essere trasferito. Un ulteriore 30-50% di tutti i detenuti non abbisogna di

trasferimento o di attenzione psichiatrica urgente, ma necessita di qualche assistenza da parte dei servizi sanitari (vedi infra). Il rimanente 40-60% beneficerebbe in maggior parte della promozione della salute mentale. Il problema allora è, tuttavia, cosa si intende per trattamento psichiatrico, cosa per assistenza da parte dei servizi sanitari, e cosa per promozione della salute mentale?

In altre parole: quale livello di cura esiste e con quali caratteristiche? (Blaauw e van Marle, 2007)

Attualmente secondo Carrà, (2006) in Inghilterra e Galles la assistenza primaria in carcere è garantita da medici di medicina generale, la assistenza secondaria per la salute mentale è garantita dalle aziende sanitarie ed i servizi terziari psichiatrico-forensi sono invece garantiti dagli inreach teams o servizi di psichiatria penitenziaria. In Italia il passaggio di competenza dai servizi sanitari della Amministrazione Penitenziaria a quelli delle Aziende Sanitarie dal 1999, anno di promulgazione del DL 230, al 2008, anno di attuazione del passaggio della salute in carcere ai Servizi Sanitari ha incontrato notevoli resistenze.

E' nota inoltre (Birmingham et al, 1996) l'importanza della valutazione clinica nella fase di ingresso in carcere. Nei penitenziari di Inghilterra e Galles lo screening all'ingresso in carcere era effettuato ovunque in modo simile da hospital officer e da prison medical officer, mentre in Italia, secondo Carrà et al, (2004), non esisteva nella quasi totalità degli istituti penitenziari alcun protocollo formalizzato che definisse i criteri per la richiesta di una consulenza psichiatrica. Laddove c'è un elevato turnover dei detenuti (a Sollicciano 1576 ingressi in sei mesi su 1000 posti circa comportano un cambiamento ogni mese di circa il 25% dei detenuti) sarebbe invece decisamente necessario porre una particolare attenzione alla valutazione in fase di ingresso degli eventuali problemi psichiatrici. I dati rilevati dalla presente indagine sottolineano la notevole entità dei disturbi che con il sistema attuale non arrivano alla attenzione dei servizi specialistici. Ovviamente i servizi stessi devono essere adeguati al fabbisogno ed organizzati in modo tale da poter far fronte alle domande di assistenza. Lo schema di lavoro proposto dalla WHO (Blaauw e van Marle, 2007) costituisce a tal proposito una importante base conoscitiva.

La letteratura internazionale dedica una particolare attenzione al problema etnico in ambito carcerario (Coid J et al, 2002a; Coid J et al, 2002b; Coid J, 2008); dalla analisi dei risultati della presente indagine emergono segnali della importanza del fattore etnico, con tutto ciò che ad esso si collega, in relazione alla prevalenza dei disturbi psichici in carcere. Alla luce della rilevanza numerica che ha ormai assunto la presenza in carcere di detenuti non italiani - si vedano le notizie dei mass media dell'agosto 2008 sul superamento dei detenuti stranieri rispetto agli italiani e la annunciata pubblicazione di un volume del Professor Barbagli sull'incremento delle violenze sessuali in Italia e sulla componente di stranieri (40%) tra gli autori di questi reati - questa problematica andrebbe approfonditamente esaminata in studi ad hoc, che tenessero conto fin dalla impostazione della difficoltà linguistica e psicologica di questi detenuti ad accettare indagini psichiatriche.

Si può affermare che i disturbi psichici sono stati riscontrati nel carcere di Sollicciano in misura tale da autorizzare a parlarne come di una struttura psichiatrica misconosciuta? Per rispondere alla domanda proviamo a confrontare l'utenza del carcere di Sollicciano con quella delle strutture residenziali psichiatriche italiane.

Il progetto nazionale PROGRES ci ha messo a disposizione i dati relativi alle condizioni cliniche degli ospiti di 265 strutture campionate tra le 1.370 Strutture Residenziali (SR) censite in Italia nel 2000. Gli ospiti di SR presi in esame sono stati 2.962; l'8,5% di essi è risultato affetto da disturbo di personalità, il 20,9% presentava una storia di gravi atti di violenza contro le persone (compresa la violenza sessuale) ed il 4,9% comportamenti illegali senza violenza interpersonale (de Girolamo et al, 2004). La prevalenza dei disturbi di personalità era quindi maggiore nella popolazione del carcere di Sollicciano, che nelle Strutture Residenziali psichiatriche italiane.

La condizione di salute della popolazione carceraria è per certi versi più grave di quella di una struttura residenziale psichiatrica, ma quale assistenza, terapia e riabilitazione psichiatrica riceve?

Le esperienze italiane conosciute sono poche (Pirfo et al, 2006; Clerici et al, 2002; Peloso e Ferrannini, 2002; Brandi e Iannucci, 1996) ed ancor meno quelle positive.

Una particolare attenzione va data al disturbo borderline di personalità, che compare nella nostra indagine come il più frequente nella popolazione carceraria di Sollicciano, diversamente dai dati nazionali inglesi. Si tratta di un dato degno di essere approfondito con indagini tese a chiarire se si tratta di una specificità locale, ovvero della popolazione italiana o di un malfunzionamento dei servizi specialistici territoriali che non si fanno carico di questo tipo di utenti, che quindi arrivano in misura tanto elevata al carcere.

Conclusioni e proposte

La ricerca effettuata nel 2001-2002 nel carcere di Sollicciano e nell'OPG di Montelupo Fiorentino, e di cui vengono presentati qui per la prima volta i risultati, conferma che la patologia psichiatrica in carcere è ancora in gran misura misconosciuta, un oggetto oscuro per gli stessi operatori; quindi la prima conclusione è che bisogna rendere visibile l'invisibile, investire attenzione e risorse per conoscere i dettagli dei problemi di salute mentale in carcere, specie i problemi correlati alla dipendenza e abuso, ai disturbi di personalità borderline ed antisociale, ai comportamenti auto lesivi ed agli agiti aggressivi.

Anche le problematiche criminogenetiche e giudiziarie sono pochissimo indagate dagli psichiatri in Italia, per effetto di una storica separazione tra psichiatria clinica e psichiatria forense, che deve essere superata. Si deve tenere conto del trend legislativo populista (Palma, 2006) e dei suoi effetti anche per quanto riguarda la salute mentale in carcere. Vanno analizzati gli effetti delle risposte della politica alla volontà di non vedere e di rinchiudere ciò di cui si ha paura, per cui aumentano le risorse destinate alle risposte repressivo – penali e calano quelle destinate alle risposte sociali, al welfare, con una progressiva riduzione delle possibilità di inclusione sociale, un aumento della recidività, ed una conseguente conferma delle stesse risposte penali.

Pur con tutte le cautele dovute alle differenze di contesto e di metodo di indagine - le prevalenze rilevate variano molto in funzione degli strumenti e delle procedure adottate per la valutazione - si può affermare che nel carcere di Sollicciano come in Inghilterra-Galles

- le prevalenze dei disturbi psichici sono molto maggiori che nella popolazione generale
- i disturbi di personalità sono più frequenti tra gli uomini che tra le donne
- è elevato il numero di detenuti affetti da disturbi psichici, che non sono però assistiti dai servizi
- è elevata la frequenza delle comorbidità di vario tipo
- è elevato il rischio di suicidio.

Servono indagini mirate a capire quanto di questa patologia è importata in carcere e quanta è prodotta all'interno del carcere.

Oggi si devono cercare strumenti nuovi per evitare di alimentare la devianza, la marginalizzazione e la cancerizzazione delle fasce deboli. E' necessario portare il carcere ad essere luogo di esperienza di diritti, ad aprirsi su basi non effimere, diminuendo il continuo ricorso a nuove leggi in materia penale sulla base del loro valore simbolico, introducendo invece per molti tipi di reato pene non detentive, bensì centrate sul possibile rimedio al danno inferto e sul recupero attraverso lavori socialmente utili. La psichiatria italiana possiede esperienze che possono risultare utili in una operazione di questo tipo, purchè essa stessa riesca a superare determinate proprie resistenze ad investire conoscenze e risorse in ambito carcerario e psichiatrico forense. .

Un altro aspetto significativo è il bisogno di maggiore integrazione, che si è rivelato anche a livelli molto banali, come ad es. la competenza sul Servizio Nuovi Giunti, che è attualmente della direzione carceraria, escludendo l'area sanitaria. La comorbidità e la doppia diagnosi in particolare richiedono un lavoro integrato tra servizi specialistici psichiatrici e per le tossicodipendenze, fatto che - a parere di chi scrive - raramente si realizza. Un altro esempio di scarsa integrazione è

rappresentato dall'attività peritale, che raramente si avvale delle osservazioni in carcere (e viceversa) e che non è stata finora oggetto di follow up.

La programmazione dei servizi territoriali di salute mentale deve tenere conto anche delle problematiche degli utenti che arrivano in carcere, degli eventuali fenomeni di eccessivo ricorso al carcere per carenze di programmi territoriali; l'ipotesi che il gran numero di borderline presenti a Sollicciano, diversamente da quanto accade in Gran Bretagna, sia indice di una certa difficoltà o carenza dei servizi territoriali a farsene carico è seriamente da prendere in considerazione.

Quale è il trattamento ricevuto ed il destino dei pazienti che transitano in carcere? Quanto a lungo vi restano? La presente indagine non fornisce dati a questo proposito. Si può però affermare che la patologia psichica presente in carcere è molto consistente e complessa e che richiede la messa a disposizione di personale preparato e ben organizzato, in grado di interagire positivamente con il personale di custodia; non può certo essere curata adeguatamente da servizi sottodotati, se non si vuole che il loro destino sia quello paventato da Re e Bauman per l'utenza carceraria in genere; del resto non ci si può nascondere che la utenza psichiatrica che transita in carcere è doppiamente stigmatizzata, in quanto paziente psichiatrico ed in quanto detenuto e che le dinamiche sociali di esclusione in atto verso la utenza carceraria si esercitano anche nei confronti dei pazienti psichiatrici incarcerati. Le lentezze e resistenze con cui i servizi territoriali italiani hanno interagito finora con le carceri e con gli OOPPGG confermano a nostro avviso la stigmatizzazione dell'universo carcerario.

Da tutto ciò consegue che

- è importante assicurare che lo screening all'ingresso in carcere sia attento alla patologia psichica in quanto successive valutazioni sono poco probabili
- è importante assicurare interventi integrati da parte dei diversi servizi specialistici
- servono ulteriori indagini che prendano in esame non solo le problematiche psichiatriche in senso stretto, ma quelle di salute mentale in generale (condizione sociale, essere immigrato, livello scolastico, occupazione, ecc) come pure le condizioni giudiziarie dei detenuti; indagini che tengano conto del complesso della rete dei servizi interagenti in carcere ed attorno ad esso e possibilmente siano epidemiologicamente fondate
- servono indagini che esaminino i flussi complessivi di persone affette da disturbi psichici tra le varie istituzioni (territorio, carcere, OPG) per arrivare ad assicurare da un lato la continuità dell'assistenza, dall'altro la conoscenza epidemiologica dei bisogni e degli esiti del lavoro assistenziale
- anche nei servizi di salute mentale in carcere va sviluppata la cultura della valutazione dei risultati in funzione delle risorse investite, per arrivare a rispondere al quesito se ed eventualmente in che misura la psichiatria in carcere viene usata dal carcere ai fini di emarginazione oppure riesce a svolgere una funzione di reintegrazione sociale, se ed in che misura le risorse siano usate in modo appropriato o inappropriato.
- Le previsioni di pericolosità e di non pericolosità trovano riscontro nella realtà a lungo termine? Le perizie psichiatriche possono essere oggetto di un lavoro di valutazione degli esiti, finalizzato ad evidenziare quali fattori di rischio risultano significativi nel lavoro di previsione della pericolosità.
- Vanno coinvolti non solo i servizi e le amministrazioni, ma anche organismi del terzo settore; esperienze inglesi sottolineano soprattutto l'importanza di coinvolgere gli utenti dei servizi psichiatrico – forensi nel pensare le alternative alle istituzioni tradizionali (NACRO, 2007)

Vi sono ancora altri problemi che creano notevole allarme sociale e che sono trascurati dalla psichiatria sia territoriale sia carceraria a cui viceversa andrebbero allargate le indagini: i comportamenti violenti, gli abusi sessuali, lo stalking, gli infanticidi, i parricidi, la pedofilia.

Una ultima considerazione: lo sviluppo in Italia della attenzione ai problemi della salute mentale in carcere potrebbe essere più forte se venissero cercate connessioni con gli organismi internazionali

che se ne sono occupati, ad es. il WHO Regional Office for Europe, come emerge dalla mole delle pubblicazioni di WHO Europe sulla salute mentale in carcere.

Ringraziamenti

Si ringraziano il Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, la Casa Circondariale di Firenze, l'Ospedale Psichiatrico dell'OPG di Montelupo Fiorentino, l'Azienda Sanitaria di Firenze, la Cattedra di Psichiatria della Libera Università degli Studi di Firenze, per le collaborazioni che hanno consentito la effettuazione della ricerca.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2002), Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri, Masson
- Barbagli M, Colombo A, Savona E, (2003), Sociologia della devianza, il Mulino
- Birmingham L, Mason D, Grubin D, (1996), Prevalence of mental of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study, British Medical Journal, 313 (7071), 1521-24
- Blaauw E, van Marle H J.C., (2007). Mental health in prisons, in Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A. and Nikogosian H., Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe
- Brandi G, *Introduzione, Il reo e il folle*, Es.Ip.So. Firenze, 1996, n. 1
- Brandi G., *La condizione marginale tra necessità e scelta, il vissuto trasgressivo tra scelta e coazione a ripetere, Il reo e il folle*, Es.Ip.So. Firenze, 1996, n. 2
- Brandi G., *Contesto e specificità clinica, Il reo e il folle*, Es.Ip.So. Firenze, 1997, n. 5
- Brandi G, Iannucci M (2006) Salute mentale e strutture penitenziarie: un bisogno esistente e consistente. Le proposte/risposte legislative, in Senon J L (2006) La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario, Centro Scientifico Editore
- Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F (2004). Prevalenza di disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 13, 47-54
- Carrà G. (2006) La salute mentale nelle prigioni in Inghilterra e Galles, in Senon J. L. (a cura di Ferrannini L, Peloso P F) La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario, Centro Scientifico Editore
- Clerici M, Marasco M, D'Urso N, Scarone S. (2002) Assistenza psichiatrica in carcere. Riflessioni dall'esperienza nella casa di reclusione di "Milano Opera", in APA Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri, Masson
- Consiglio d'Europa, Rec[99]22 www.coe.int
- Coid J, Petruckevitch A, Bebbington P, Brugha T, Brugha D, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N, (2002a) Ethnic differences in prisoners. I Criminality and psychiatric morbidity, British Journal of Psychiatry, 181, 473-480
- Coid J, Petruckevitch A, Bebbington P, Brugha T, Brugha D, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N, (2002b) Ethnic differences in prisoners. 2. Risk factors and psychiatric service use, British Journal of Psychiatry, 181, 481-487
- Coid J (2008) Popolazioni carcerarie: carriere criminali e recidiviamo In Trattato dei Disturbi di Personalità, a cura di Oldham J M, Skodol A E, Bender D S, Edizione italiana a cura di Del Corno F, Lingiardi V, Raffaello Cortina Editore
- de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon J, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R, Sveltini A, Cappiello V, (2004) I pazienti ospitati, in de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Semisa D, Morosini P per il gruppo nazionale PROGRES, Le strutture residenziali e i loro ospiti: i risultati della fase 2 del progetto nazionale PROGRES, Epidemiologia e Psichiatria Sociale, supplemento 7.

- de Giralamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Visonà G, Falsirollo G, Rossi A, Scarpino V, Reda V, (2004) b, La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi. www.iss.it
- Department of Health - NHS, (2007), National Risk Management Programme, Best Practice in Managing Risk
- Fazel e Danesh (2002)
- Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V, (2006), Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates, *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 3, 212-219
- Fioritti A. (2007). *Realtà e prospettive dell'intervento psichiatrico nelle carceri e nell'OPG*. VI – SEMINARIO: Tra la responsabilità di curarsi e il diritto alla cura, Obbligo della cura: aspetti legislativi, modalità operative e pratiche di presa in carico. La dimensione della Salute Mentale nelle carceri. Gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e misure alternative. Roma, 20 Giugno 2007
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders. (SCID II Version 2.0). *Biometrics Research Department*. New York State Psychiatric Institute 1994.
- Gelder M, Mayou R e Cowen P (2001), *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press
- Gunn J, Maden A, Swinton M, (1991), Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders, *British Medical Journal*, 303 (6798), 338-41
- Iannucci M., *La consulenza psichiatrica, Il reo e il folle*, Edizioni Polistampa Firenze, 1999, n. 12-13
- Konrad N, (2002) Prisons as New Asylums, *Curr Opin Psychiatry* 15(6):583-587
- Lecrubier Y, Sheehan DV, Weller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12:224-231
- Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A. and Nikogosian H.(2007), Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Moran P. (1999) *Antisocial Personality Disorder: An Epidemiological Perspective*, Gaskell, London
- NACRO, Effective mental healthcare for offenders: the need for a fresh approach, www.nacromentalhealth.org.uk
- Palma M. (2006) *La critica del sistema penitenziario*, Treccani Il libro dell'anno 2006
- Peloso P.F., Ferrannini L, (2002) L'esperienza nel carcere di Marassi, in *APA Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri*, Masson
- Pirfo E, Pelegrino A, Gallicchio G, Gentinetta A, (2006) Riflessione sul carcere come opportunità di cura, in Senon J L (2006) *La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario*, Centro Scientifico Editore
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D, (2005), Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *BMJ*; 330: 123-6
- Re L. Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa. Laterza, 2006
- Singleton N, et al (1998) *Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales: A Survey Carried Out in 1997 by the Social Survey Division of ONS on Behalf of the Department of Health, Her Majesty's Stationary Office, London*
- White P. and Whiteford H (2006), Prisons: mental health institutions of the 21st century?, *The Medical Journal of Australia*, 185 (6): 302-303

- WHO (1998) Mental Health Promotion in Prisons - Consensus Statement of WHO (Regional Office for Europe) Health in Prisons Project. The Hague. November 1998,
- WHO Regional Office for Europe, 2003, Promoting the Health of Young People in Custody, <http://www.euro.who.int>
- WHO Regional Office for Europe, 2005, Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction,
- WHO Regional Office for Europe, 2008, Trecin statement on prisons and mental health, www.euro.who.int/pubrequest
- WHO, JASP (2007) La prevenzione del suicidio nelle carceri,
- WHO Europe (2007), Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health
- WHO (2005), The World Health Organization European Health in Prisons Project After 10 Years: persistent barriers and achievements, Am J of Public Health, set 2005, vol 95, n. 10
- WHO Europe - Council of Europe (2001), Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices, sep 2001